

Spring 2018

Salud callejera: La Atención Primaria de Salud en los márgenes de la Ciudad de Buenos Aires Redes de cuidado de una organización de la Sociedad Civil para personas en situación de calle / Street health: Primary Care in the margins of the Ciudad de Buenos Aires Care networks of a Civil Society organization for individuals experiencing homelessness

Brandon Morande  
*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)

 Part of the [Community Health and Preventive Medicine Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Other Public Health Commons](#), and the [Public Health Education and Promotion Commons](#)

---

### Recommended Citation

Morande, Brandon, "Salud callejera: La Atención Primaria de Salud en los márgenes de la Ciudad de Buenos Aires Redes de cuidado de una organización de la Sociedad Civil para personas en situación de calle / Street health: Primary Care in the margins of the Ciudad de Buenos Aires Care networks of a Civil Society organization for individuals experiencing homelessness" (2018). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2769.  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2769](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2769)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

Salud callejera: La Atención Primaria de Salud en los márgenes de la Ciudad de Buenos Aires  
*Redes de cuidado de una organización de la Sociedad Civil para personas en situación de calle*

Street health: Primary Care in the margins of the Ciudad de Buenos Aires  
Care networks of a Civil Society organization for individuals experiencing homelessness

**Autor: Brandon S. Morande<sup>1</sup>**

Advisor: Romina Ramírez<sup>2</sup>

Primavera 2018 – Mayo 2018  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

SIT Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos

---

<sup>1</sup> Investigador Principal: Estudiante de SIT Study Abroad Salud Pública en Ambientes Urbanos, Universidad ISALUD, Ciudad de Buenos Aires; [bmorande@bowdoin.edu](mailto:bmorande@bowdoin.edu)

<sup>2</sup> Advisor: Licenciada en la Sociología, Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires; [rominaramirez@gmail.com](mailto:rominaramirez@gmail.com)

## RESUMEN

En 2017, unos 4.393 individuos pernoctaron en las calles de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Sin una vivienda segura, las personas en situación de calle (PSC) padecen tasas más elevadas de traumatismos, enfermedades transmisibles y crónicas y síntomas de depresión. No obstante, dos terceras partes de las PSC no realizan controles anuales de salud, con la mayoría solo atendiéndose en la guardia cuando se vuelve grave su condición. Frente a brechas percibidas en servicios estatales, se plantea indagar en las acciones de cuidado de redes de la Sociedad Civil (SC) para abordar las necesidades sanitarias de las PSC en CABA y facilitar su acceso a la Atención Primaria de Salud (APS). Se realizaron entrevistas con una integrante y usuarias de la organización socio-civil, SUMAR Solidario, cuatro proveedores de salud y una asistente social del gobierno de la ciudad, además de observaciones de campo. Para proteger a los sujetos vulnerables, se adoptaron medidas metodológicas acerca del comportamiento del investigador y las identidades de los participantes. Se analizan los resultados mediante un esquema temático por efectores de servicios y multinivel por dimensiones de cuidado, subrayando: una estructura tutelar de los programas estatales en la que los destinatarios ocupan un rol pasivo frente una oferta inadecuada de asistencia; una paradoja entre intentos programáticos inclusivos y prácticas organizacionales expulsivas del sistema público de salud; acciones de empoderamiento mediante redes informales y vínculos subjetivos de SUMAR y un proceso de fomentar el autocuidado entre pares. Para concluir, se discute la falta de articulación formal entre el Estado y la SC, además del rol potencial de cercanía de la última en las políticas públicas de salud.

## ABSTRACT

On any given night in 2017, an estimated 4,393 individuals slept on the streets of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Without secure housing, individuals experiencing homelessness (PSC) suffer elevated rates of physical trauma, transmissible and chronic diseases, and symptoms of depression. Nevertheless, two-thirds of PSC do not realize annual health consults, with the majority solely accessing the emergency department when their conditions severely worsen. This study investigates the actions of Civil Society (SC) networks in confronting perceived gaps in state services to address the specific health needs of PSC in CABA and facilitate access to primary care. Interviews with a member and users of the non-governmental organization, SUMAR Solidario, four health professionals, and a municipal social service worker, as well as field observations, are conducted. In order to protect vulnerable subjects, methods are adopted concerning both the investigator's comportment and participants' identities. Results are analyzed thematically by service providers and multi-layered by dimensions of care, ultimately suggesting: a tutelary structure in state programs, in which beneficiaries occupy a passive role in the receipt of inadequate assistance; a paradox between inclusive programmatic intents and expulsive organizational practices of the public health system; actions of empowerment through informal networks and affective links of SUMAR; and a process of reinforcing strategies of peer self-care. To conclude, the lack of formal articulation between the State and SC is discussed, as well as the latter's potential role of proximity in public health politics.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| RESUMEN / ABSTRACT.....   | 1  |
| ÍNDICE.....   | 2  |
| AGRADECIMIENTOS.....  | 3  |
| <br>  |    |
| I. INTRODUCCIÓN.....  | 4  |
| II. MARCO-TEÓRICO.....  | 7  |
| II.1. Personas en situación de calle en CABA.....                       | 7  |
| II.2. Derecho humano a la salud.....                                    | 9  |
| II.3. Intervención de la política pública.....                          | 10 |
| II.4. Barreras a la equidad en la atención sanitaria.....               | 11 |
| II.5. La Atención Primaria de Salud.....                                | 12 |
| II.6. Redes de la Sociedad Civil.....                                   | 13 |
| II.7. Articulación entre la Sociedad Civil y el Estado.....             | 14 |
| II.8. Niveles de cuidado de la salud.....                               | 15 |
| III. METODOLOGÍA.....   | 19 |
| III.1. Fuentes de información.....                                      | 19 |
| III.2. Consideraciones éticas.....                                      | 21 |
| III.3. Limitaciones en el acceso a la información.....                  | 22 |
| III.4. Reflexiones de la posición del investigador.....                 | 23 |
| IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....                                     | 24 |
| IV.1. Implicaciones de la salud en situación de calle.....              | 26 |
| IV.2. Cuidado tutelar del Gobierno de la CABA.....                      | 27 |
| IV.3. Cuidado inclusivo-expulsivo por el sistema público de salud.....  | 30 |
| IV.4. Cuidado de empoderamiento desde redes de la Sociedad Civil.....   | 33 |
| IV.5. Auto-cuidado entre agrupamientos de pares.....                    | 38 |
| IV.6. La formalización de una red entre la SC y el Estado.....          | 40 |
| V. CONCLUSIONES.....  | 42 |
| <br>  |    |
| REFERENCIAS.....  | 45 |
| Bibliografía.....   | 45 |
| Otras fuentes de información.....                                       | 46 |
| Entrevistas.....  | 47 |
| ANEXO.....  | 49 |
| Anexo I. Formularios de consentimiento informado.....                   | 49 |
| Anexo II. Guías de entrevistas.....                                     | 57 |
| Guía de Entrevista grupal – Usuarios de SUMAR Solidario.....            | 57 |
| Guía de Entrevista – Prestadores de servicios de SUMAR Solidario.....   | 58 |
| Guía de Entrevista – Proveedores de servicios de salud.....             | 59 |
| Guía de Entrevista – Trabajadora de asistencia social del Gobierno..... | 60 |
| Anexo III. Protocolo de observación.....                                | 61 |
| Anexo IV. Figuras adicionales.....                                      | 62 |

## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a:

Mi advisor, *Romina*, por todo su apoyo y consejo invaluable a lo largo de esta investigación, inclusive en conseguirme contactos, profundizar mis ideas y ayudarme a preparar este informe.

Mis profesores de investigación, *Valeria* y *Dan*, por empujarme siempre a seguir adelante con este proyecto y darme las herramientas para realizarlo.

Mis directoras académicas, *Ana Rita* y *Dana*, por brindar un semestre inolvidable de aprendizaje tanto académico como emotivo, además de fomentar mis pasiones como estudiante y defensor de la salud pública.

Mi informante principal de campo, *Paula*, por su amistad y generosidad en compartir conmigo su amplio conocimiento acerca del problema del estudio.

*SUMAR Solidario*, por permitirme participar en sus recorridas nocturnas y conocer el trabajo motivante que ustedes realizan para gente que a menudo queda invisibilizada.

Mi redactora de español, *María Victoria*, por revisar numerosos borradores de esta escritura, aun cuando llegaron con retraso.

*Todxs lxs entrevistadxs*, especialmente a las madres que conocí en la calle, por dejarme entrar en sus mundos, aún cuando solo fue por un rato, y contarme de sus éxitos, desafíos, victorias y pruebas con respeto al derecho humano a la salud para gente en situación de calle.

*Mis compañerxs de programa*, por prestarme el oído a las preocupaciones y novedades que iban surgiendo durante este semestre y por siempre estar dispuestxs darme una mano.

Mi padre anfitrión, *Jorge*, por las charlas, risas, abrazos y horas pasadas juntos que me posibilitaron superar cualquiera dificultad estos últimos meses y realmente hicieron agradable este primer proyecto de investigación.

No hubiera logrado todo lo presentado a continuación sin el apoyo de cada uno de ustedes y, por eso, les doy mi sincero y profundo agradecimiento.

## I. INTRODUCCIÓN

---

En las noches del año 2017, unas 4.393 personas pernoctaron en las calles de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), con 1.478 individuos más quedándose en alojamientos transitorios nocturnos (Proyecto 7 *et al.*, 2017). Sin una vivienda segura que “otorgu[e] cierta privacidad, permit[a] albergar pertenencias y gener[e] una situación relativamente estable” (Calcagno, 1999, p.5), las personas en situación de calle (PSC) enfrentan una “problemática social compleja” (Proyecto 7 *et al.*, 2017, p.1), caracterizada no solo por “diferencias económicas, desigualdades jurídicas y desafilaciones sociales,” sino también por dificultades en satisfacer “necesidades materiales, simbólicas y afectivas” (Seidmann *et al.*, 2015, p.254). Específicamente sobre la salud, vivir sin techo impacta significativamente, ocasionando tasas más elevadas de traumatismos, enfermedades respiratorias, cardiovasculares y del sistema nervioso y depresión (Calcagno, 1999). No obstante, a pesar de las altas prevalencias de estos padecimientos, dos terceras partes de PSC no realizan controles anuales de salud (Proyecto 7 *et al.*, 2017), con la mayoría solamente atendiéndose en la guardia cuando se vuelve gravísima su condición (Calcagno, 1999; Capellini *et al.*, 2012).

Esta paradoja de subutilización de servicios médicos, pero sobredependencia de la guardia, no señala un desinterés de las PSC de cuidarse, sino una incapacidad por parte del Estado en proteger el derecho humano a la salud, reconocido en numerosos acuerdos internacionales, además de las Constituciones de la Nación Argentina y de la CABA (Capellini, *et al.*, 2012). En la Ciudad de Buenos Aires se ratifica aún la acción positiva por parte del gobierno de proteger y operativizar los derechos consagrados en estas constituciones para la gente en calle (Ley N° 3706/1, 2010, Art.1-3). Específicamente, se encarga al subsector público de salud tales responsabilidades promocionales, protectoras, asistenciales y fortalecedoras de una atención sanitaria universal y plenamente accesible para todos los que la busquen (Capellini *et al.*, 2012). No obstante, a pesar del igual derecho a la asistencia médica – específicamente a la Atención Primaria de Salud (APS), de la cual se ocupa esta investigación – todavía se encuentran barreras materiales y simbólicas a la equidad en el acceso.

En la Argentina, las transformaciones políticas neoliberales a partir de los años noventa han disminuido el aparato social-estatal que sirve para mitigar estos obstáculos, trasladando las responsabilidades de proteger los derechos humanos hacia la Sociedad Civil (SC) (Pasamonik, 2009). Empero, esta descentralización de las políticas públicas no se encuentra acompañada por un creciente compromiso de las organizaciones civiles como decisores de la agenda estatal, ni tampoco una transferencia de recursos suficientes a este sector (Pasamonik, 2009; Arcidiácono, 2011). Frente a la falta de adecuadas respuestas estatales, se entiende la SC como una protagonista que facilita vínculos entre sus constituyentes para defender y afianzar derechos, además de enfrentar a la hegemonía estatal sobre la programación de desarrollo social (Gramsci, 1971; Heywood, 1994; Biagini, 2007). Al mismo tiempo, se reconoce que la SC no se configura homogéneamente, sino como un espacio atravesado por órganos distintos, con varios niveles de inter-articulación y relaciones con el Estado, los cuales producen diversos resultados para sus constituyentes (Biagini, 2007; Arcidiácono, 2011).

Con respeto al contexto de la problemática, este proyecto plantea las siguientes preguntas: ¿Cuáles acciones de cuidado desempeñan las redes de la SC – incluso con conjuntos de organizaciones no-gubernamentales, además de agrupamientos auto-organizados de PSC – en abordar las distintas necesidades sanitarias de la población sin techo en la CABA? Además, ¿cómo colaboran estas redes con el Estado y el sistema público de salud para facilitar el acceso a la APS? Como objetivo general, la investigación indaga en la construcción de redes de la Sociedad Civil para cuidar los padecimientos particulares de las PSC y ayudarlas a acceder a la atención primaria. Así propone el proyecto específicamente: (1) describir los principales problemas de salud que padecen las PSC de la CABA; (2) identificar las barreras que se enfrentan en acceder a programas sanitarios del gobierno municipal y de los servicios públicos de la salud; (3) analizar las iniciativas coordinadas en red por organizaciones no-gubernamentales, con o sin agentes públicos del Estado, de expandir el acceso a la asistencia médica para esta gente y (4) explorar las estrategias adoptadas por redes de pares dentro de la población en calle para autocuidarse.

Antes de responder a estas preguntas de investigación, se presenta el marco teórico-conceptual en que se funda el estudio, primero desarrollando un escenario socio-histórico más comprensivo acerca de estar en situación de calle en la CABA. Después de discutir lo que abarca el derecho humano a la salud y presentar las políticas públicas de Argentina para protegerlo, se describen barreras que potencialmente impiden el acceso a la asistencia sanitaria, específicamente la APS. Enseguida se caracterizan la formación y los roles de la SC, además de su articulación potencial con el Estado, fundamentándolos en el contexto de la Argentina. En fin, se presentan los conceptos de cuidado y autocuidado que últimamente formulan el análisis de datos, profundizando concepciones de la asistencia tutelar, el acercamiento y el empoderamiento.

Después de fundamentar este marco, se explica la metodología de recoger datos para esta investigación exploratoria-descriptiva, la cual se centra en un estudio de caso de la organización socio-civil, SUMAR Solidario.<sup>3</sup> También se abordan algunas consideraciones éticas, limitaciones en el acceso de información y reflexiones de la posición del investigador. Enseguida se presentan y analizan juntos los resultados, describiendo los principales problemas de salud que sufren las PSC, examinando los programas del gobierno municipal y el sistema público de salud para abordarlos y subrayando las barreras a su plena realización percibidas tanto por proveedores como usuarios. Después se analizan las redes armadas de la SC para superar estos obstáculos y cuidar a la población en calle, también explorando el autocuidado entre agrupamientos de PSC. Para concluir, se discute la falta de articulación formal entre el Estado y la SC, además de los roles potenciales de la última en las políticas públicas de la salud, subrayando los temas de derechos humanos y acercamiento a la gente. Por último, se plantean preguntas para estudios futuros, enfocando en las intervenciones sociales del GCBA y la SC en el acceso a la APS, la eficacia del autocuidado en prevenir ciertas enfermedades y la articulación con entidades socio-civiles en el desarrollo de políticas de salud dirigidas a la población en calle.

---

<sup>3</sup>SUMAR Solidario (SUMAR) es un grupo sin fines de lucro, ni afiliaciones políticas o religiosas, que asiste a personas en situación de calle en Buenos Aires, C.A.B.A (A. Malabia, comunicación personal, 10 de mayo de 2018).

## II. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

---

### II. 1. Personas en situación de calle en CABA

Actualmente, miles de personas se encuentran en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), las cuales incluyen a todas aquellas que hayan pernoctado “en lugares públicos o privados” no caracterizados como “vivienda”<sup>4</sup> o en “alojamientos dirigidos por entidades públicas o privadas que brindan albergue temporario” (p.ej. paradores, hospederías solidarias y/o domicilios de familiares) (Calcagno, 1999, p.5-6; Domínguez y Villalba, 2010). A partir de los años noventa, la prevalencia de esta nueva pobreza ha ido creciendo, adoptando “una nueva configuración territorial” no únicamente confinada ni asociada a las villas miseria (Boy *et al.*, 2015, p. 372). Al contrario, ciertas transformaciones políticas-económicas<sup>5</sup> han aumentado el desempleo y desalojo, generando nuevos grupos que se ganan la vida en las calles de los barrios más pudientes de la ciudad, trabajando como cartoneros, limpiavidrios, cuidacoches, cirujas y etc. (Pasamonik, 2009; Boy *et al.*, 2015).

Desde 1997, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) ha realizado conteos anuales de esta población, arrojando cifras que han oscilado entre 705 personas en 2000 y 1.356 en 2009 (Proyecto 7 *et al.*, 2017) (véase Anexo IV, Fig. 1). En 2017, se registraron 1.066 personas en calle efectiva, un aumento en relación al año anterior, pero uno que no condice con el acrecentamiento de la pobreza (32,2%) y de la indigencia (6,3%) durante tal periodo – índices directamente vinculados con una situación en calle (Proyecto 7 *et al.*, 2017). Buscando enfrentar brechas potenciales en tales conteos y realizar también un relevamiento que incluya a los que atraviesan por alojamientos informales nocturnos, varias organizaciones sociales-civiles, el Ministerio Público de la Ciudad y la Defensora del Pueblo llevaron adelante el Primer Censo Popular de PSC (Proyecto 7 *et al.*, 2017).

---

<sup>4</sup>Una vivienda supone, al menos, aunque resulte precaria, “paredes y techo que otorguen cierta privacidad, permitan albergar pertenencias y generen una situación relativamente estable” (Calcagno, 1999, p.5). Así, no se cuentan con la vía pública (calle, esquina, galería, plaza, frente de hospitales, obras en construcción, casas abandonadas, parques públicos) ni tampoco la caleta (área de ríos, bajo puentes, callejones) (Domínguez y Villalba, 2010).

<sup>5</sup> La llamada Reforma del Estado buscó “la desestatización de la economía, el avance de las leyes de flexibilización laboral y la regulación a favor del libre juego de la oferta y la demanda, a través del levantamiento de las barreras aduaneras, permitiendo la apertura masiva a los capitales transnacionales” (Pasamonik, 2009, p.258).

Realizado entre el 8 y el 15 de mayo de 2017, el Censo contó a 4.393 PSC, además de 1.478 individuos que utilizan la red de alojamiento transitorio nocturno y un estimado de 20.000 personas en riesgo de desalojo (Proyecto 7 *et al.*, 2017).<sup>6</sup> No obstante, se ha mostrado que las PSC no se localizan en forma dispersa de la ciudad, sino que se concentran en los barrios centrales (de San Nicolás, Monserrat, Constitución, Balvanera, Recoleta, Retiro y San Telmo), donde se encuentran más actividades comerciales y servicios dirigidos a esta población (Boy *et al.*, 2015).

Para retratar más completamente a esta población, cabe destacar también los datos demográficos registrados por el Censo Popular (2017). Así, el 86,5% de las personas contactadas por el Censo tienen más de 18 años, el 24,5% se identifica como mujer, el 74,5% como varón y un 1% trans (Proyecto 7 *et al.*, 2017). Un 58% de encuestados se hallaron sin techo hace más de 3 años. Además, un 23% de la población no vivía en situación de calle hace un año. Con respecto a donde duermen, un 80% de entrevistados pernocta en la calle todos los días, mientras que el otro 20% frecuenta otros alojamientos transitorios. Entre las causas que más inciden en la situación de calle, se destacan la pérdida de trabajo y en consecuencia el desalojo (Calcagno, 1999; Capellini *et al.*, 2012), con la ausencia de redes sociofamiliares, el alcoholismo/adicción y unas patologías psiquiátricas como factores adicionales agravantes (Capellini *et al.*, 2012, p.34-35). Mientras no se buscan subrayar explícitamente las razones para el desalojo ni los datos demográficos que caracterizan vivir sin techo, esta investigación sí las considera en relación con sus impactos sobre la salud.

Sirve también mencionar que un 20% de los encuestados no se encuentra con documento de identidad ni están realizando el trámite para obtenerlo (Proyecto 7 *et al.*, 2017). Tal falta de documentación sirve como “metáfora de la realidad social” de las PSC, de una identidad erosionada por desocupación, desafiliación y desocialización, ya que no se puede conseguir trabajo, votar o

---

<sup>6</sup>Dado a que esta investigación trata de la Sociedad Civil como entidad que puede defender los derechos de la ciudadanía frente un Estado ausente, la misma emplea este conteo como indicador preciso de la realidad de las PSC en CABA. Además, mientras este estudio espera incluir todas las variaciones de vivir sin techo, se delimita a los que acceden a ciertos servicios sociales y sanitarios posteriormente especificados en este informe.

protegerse frente la ley (Capellini *et al.*, 2012, p.16-17). Para este estudio, la pobreza así se entiende como una “expresión estructural de las desigualdades sociales que degrada al ser humano en todos los niveles económico, social, cultural y político” (Domínguez y Villalba, 2010, p.4). Como tal, estar en situación de calle se suma a una precarización de la red de relaciones sociales que no permite la satisfacción de las necesidades vitales de sobrevivencia física (alimentación, empleo y habitación) ni del desarrollo como ser humano (en el sentido de una identidad y pertenencia propia) (Domínguez y Villalba, 2010). Se consideran estas carencias como dimensiones que impactan negativamente sobre el bienestar de las PSC, además de privaciones de derechos básicos.

## II. 2. Derecho humano a la salud

El 10 de diciembre de 1948, proclamó la Asamblea General de la Organización de la Naciones Unidas (ONU) la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), planteando numerosas libertades y facultades “universales,” “iguales” e “inalienables” que posee cada individuo por el sólo hecho de ser humano (ONU, 1948, Preámbulo). Se incluyó dentro de tales derechos el relativo a la salud, la cual la Organización Mundial de Salud (OMS) precisa como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, 1). Con esta amplia definición, el propósito del cuidado de la salud no solo se distingue por el acceso a servicios médicos sino también a “alimentación,” “vestido” y “vivienda” apropiados para alcanzar el goce óptimo de salud que se pueda lograr (ONU, 1948, Art. 25). Con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, 1966), la ONU aún más impulsó a los Estados miembros a adoptar medidas para garantizar la plena realización de estos derechos, sin discriminación ninguna por raza, género, religión, clase económica o cualquier otra condición social (ONU, 1966, Art. 2 y 12). Esta investigación se funda, entonces, en el marco del derecho humano a la salud, examinando las iniciativas tanto estatales como civiles de expandir el acceso a la atención primaria para PSC dentro de ello.

### II. 3. Intervención de la política pública

La Constitución de la Nación Argentina reconoce esta garantía a la salud como indispensable para el ejercicio de otros derechos, como a la vida y al desarrollo de la persona en la máxima medida posible. De modo semejante, la Constitución de la CABA (Art. 20), garantiza “el derecho a la salud integral,” a la que se vinculan la alimentación, vivienda, trabajo, educación y el ambiente, además del acceso a “conocimiento y comprensión que posibiliten tomar decisiones sobre el propio proceso de salud” (Capellini et al., 2012, p.2). En 2010, la CABA sancionó la Ley N° 3706/1, la cual propone positivamente “proteger integralmente y operativizar los derechos...y garantías consagrados” en estas constituciones (CABA, 2010, Art.1-3). Aún más, la Ley Básica de Salud de la CABA manda que el subsector público implemente “acciones de promoción, protección, asistencia y rehabilitación en forma gratuita y con criterios de accesibilidad, integralidad, universalidad y oportunidad,” garantías a las cuales PSC merecen acceso (Capellini et al., 2012, p.4).

No obstante, en el Censo Popular (2017), por ejemplo, solo un 60% de los entrevistados reportó su salud como “buena o muy buena” (Proyecto 7 et al., 2017), implicando que un 40% se encontró con alguna dolencia. Esta cifra refleja las encuestas realizadas por el GCBA, en las cuales el 43% de encuestados declaró que había sufrido o sufrió al momento “alguna enfermedad o malestar físico” (Calcagno, 1999). Específicamente, se presenta esta población con tasas más elevadas de traumatismos, enfermedades de los sistemas nervioso, circulatorio y respiratorio y síntomas de depresión, con otros síntomas que aumentan en situación de calle (Calcagno, 1999). No obstante, a pesar de tales prevalencias aumentadas, dos terceros partes de las PSC no realizan ningún control anual de salud (Proyecto 7 et al., 2017). Para los que sí utilizan servicios médicos, las solicitudes de asistencia se concentran en los hospitales públicos (Calcagno, 1999; Proyecto 7 et al., 2017), con 90% de pacientes internándose a través de la guardia (Capellini et al., 2012). Esta investigación propone que tal paradoja de subutilización del sistema, pero sobredependencia de la guardia, señala no un desinterés de las PSC en cuidarse sino una incapacidad del Estado en proteger el derecho a la salud.

## II. 4. Barreras a la equidad en la atención sanitaria

Según lo señalado, si se garantiza por ley el igual derecho a la atención sanitaria, no siempre resulta en la equidad de acceso a la salud, ya que no sirve eliminar las disparidades “innecesarias,” “evitables” e “injustas” ya existentes que arriesgan más a ciertas poblaciones (Whitehead, 1991, p.219). Esta investigación busca identificar las barreras que agravan tal desigualdad para las PSC. Así, se proponen cuatro categorías de barreras que potencialmente se afrontan: económicas; geográficas; organizacionales y simbólicas. De acuerdo con las definiciones de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), las económicas se refieren al déficit de la capacidad adquisitiva de las personas respecto de los costos de servicios y medicamentos; las barreras geográficas constituyen las dificultades para trasladarse a los servicios de salud y las organizacionales se definen como el financiamiento y los recursos tanto materiales como humanos que condicionan negativamente el sistema de provisión (2002).

Obstáculos simbólicos se configuran más como “condiciones que dirimen la dignidad” del usuario por no respetar sus características personales y/o no atenderle con una calidad adecuada (Engelman, 2006, p.223). Tales barreras se relacionan con la estigmatización a veces presente en los servicios sanitarios, donde “la desvalorización, el rechazo, la acusación y la exclusión” por parte de los proveedores y el sistema “producen un juicio social adverso de una persona o un grupo de ellas” (Engelman, 2006, p.224). Con poblaciones que llevan un estigma, “un atributo no deseable que genera un estatus menospreciado en las personas que lo portan” (Goffman, 2006, citado en Ramírez, 2015, p.3), a menudo los profesionales de salud realizan prácticas “que se convierten en expulsivas,” tales como bañar al usuario con una manguera antes de tocarlo, dejarlo en una camilla largas horas “hasta que se le pase” o atenderlo en último término porque no se lo considera una prioridad (Ramírez, 2015). Tal proceso discriminatorio puede aún llegar a la autoexclusión, cuando una persona vulnerable que reintentó acceder al sistema formal, y se lo expulsó de vuelta, decide no acudir más (Engelman, 2006).

Según la OIT y OPS, la accesibilidad a, la seguridad financiera de y la dignidad en la atención sanitaria representan condiciones fundamentales para la “Extensión de la protección social en salud” (EPSS), la cual busca la eliminación de desigualdades evitables en la cobertura, acceso y utilización de servicios (2002). Cuando al menos una no se cumple, se produce una situación de exclusión de la salud (Engelman, 2006, p.222). Considerando que distintos grupos ocupan diferentes posiciones sociales, políticas y económicas, se demanda una justicia distributiva en la reasignación de recursos para eliminar tal exclusión. Según lo ratificado por varios acuerdos internacionales, el Estado debe intervenir en el campo de salud para asegurar tal equidad, ratificando leyes e implementando estrategias que mejoren las condiciones de vida, posibiliten hábitos más saludables, fomenten participación comunitaria y brinden acceso completo de la atención sanitaria a cada población según sus distintas necesidades (Whitehead, 1991).

## **II. 5. La Atención Primaria de Salud**

Esta investigación considera el acceso equitativo a la atención primaria como requisito necesario para la plena realización del derecho a la salud. En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propusieron la Declaración de Alma-Ata de la Atención Primaria de Salud (APS), en la cual enfatizaron: (1) la accesibilidad a servicios sanitarios (incluso con alimentación saludable, agua potable y viviendas seguras) (Art. VII); (2) las tecnologías “práctic[a]s, científicamente fundad[a]s y socialmente aceptables para prevenir, detectar, y tratar a la mayoría de enfermedades al primer nivel” (Art. VI); (3) la coordinación trans-sectorial entre y dentro de los subsistemas de salud, además de otras instituciones estatales (Art. III) y la participación comunitaria para redistribuir el poder heterogéneo (p.ej. la relación asimétrica entre médico y paciente) y desarrollar la potencial para la “autorresponsabilidad y autodeterminación” (Art. VI). Este proyecto va a evaluar la eficacia de iniciativas para expandir el acceso a la APS para las PSC según estas condiciones arriba mencionadas.

## II. 6. Redes de la Sociedad Civil

Dado a que los servicios estatales no enfrentan suficientemente los padecimientos de la gente en calle, esta investigación propone indagar en los roles potenciales de redes de la Sociedad Civil (SC) para abordar las distintas necesidades de salud de las PSC. Según la politóloga Pilar Arcidiácono (2011), la SC cobró un “importante protagonismo” hacia el fin del siglo XX, particularmente en “las transiciones desde gobiernos autoritarios a democráticos en el sur de Europa y en América Latina” (p.155). Así las organizaciones de la SC se originaron de una pérdida de confianza en las instituciones tradicionales de la democracia (Arcidiácono, 2011). Juntando la teoría de “la hegemonía” de Antonio Gramsci (1971) con la de “asociación,” las redes de la SC se distinguen como conjuntos de entidades privadas, no-gubernamentales y sin fines de lucro que colaboran para abordar un problema agravado por la acción o la omisión del Estado (Heywood, 1994, p.100-1). Según la “estrategia revolucionaria” de Gramsci, la SC opera dentro del ámbito público, enfrentando hegemonía estatal sobre poder social, político y económico (Heywood, 1994, p.100-1).

Además, se entiende la SC como un aparato “en momento” (un producto de derechos institucionalizados) que se ha logrado a través de la SC “en movimiento” (un resultado de la movilización colectiva de nuevas demandas) (Biagini, 2007, p.2). Como tal, se reconoce la SC como “sujeto no sólo de democratización sino también del desarrollo social” (Biagini, 2005, p.4), asegurando que derechos ya ratificados “se cumplan y se aprovechen las potencialidades abiertas por ellos” (Biagini, 2007, p.2). Aún más, las organizaciones socio-civiles logran principalmente generar capital social, para empoderar a grupos vulnerables para establecer, mantener y reconstruir redes formales e informales de reciprocidad, confianza, cooperación y metas compartidas (Arcidiácono, 2011; Biagini, 2005). En resumen, las redes de la SC sirven para: (1) defender, proponer y afianzar los derechos de sus constituyentes; (2) incorporarlos en la identificación de problemas e implementación de soluciones; (3) facilitar vínculos sociales entre individuos o grupos vulnerables y (4) asegurar que el Estado cumpla con sus responsabilidades legales y éticas.

No obstante, no se considera la SC como un aparato homogéneo, sino un espacio atravesado por órganos distintos, con diversos niveles de organización e inter-articulación, además de relaciones diferencialmente clientelares con el Estado (Biagini, 2007; Arcidiácono, 2011). Así se debería considerar la SC en tres dimensiones: (1) solidaridades autónomas y otras relaciones informales; (2) movimientos y asociaciones públicos autoorganizados y (3) entidades civiles institucionalizadas (Biagini, 2005). De relevancia a este proyecto, se identifica SUMAR como una combinación de redes informales y asociaciones autónomas, además de los agrupamientos de PSC como solidaridades autoorganizados. Cabe mencionar también que, según los sociólogos Martín Boy *et al.* (2005), en Buenos Aires específicamente se encuentran: (1) grupos sociales sin contacto con el Estado; (2) instituciones de caridad, a menudo religiosas y de la clase media y (3) organizaciones que movilizan demandas hacia el Estado. Dentro de tales categorías, las PSC acceden más a instituciones religiosas, organizaciones sociales y otros contactos familiares (Proyecto 7 *et al.*, 2017).

## **II. 7. Articulación entre la Sociedad Civil y el Estado**

Además de analizar las acciones que desempeñan redes de la SC, este proyecto explora la articulación entre ellas e instituciones estatales (como servicios de salud) para facilitar el acceso a la APS para la población en calle de CABA. Según Arcidiácono (2011), debe existir una relación de autonomía de la SC relativa al Estado, sin que organizaciones socio-civiles se agoten en el sistema político ni tampoco lo privilegien. Empero, hay que mencionar la posibilidad de la SC “de influir en la arena política” como “actor colectivo” que participa en la propia definición de “la agenda estatal” (Arcidiácono, 2011, p.168-70). No obstante, cabe acotar el riesgo de transferir las responsabilidades propias del Estado (como proteger derechos humanos) a las organizaciones socio-civiles, sin asegurar adecuadamente los recursos o capacidades para cumplirlas. Así, a menudo existe la paradoja de la voluntad política de que la SC lleve adelante un determinado programa y la carencia de mecanismos para implementarlo con eficacia (Arcidiácono, 2011).

Como mencionado, en la Argentina, los avances neoliberales a partir de los años noventa han reducido el aparato social-estatal y en consecuencia transferido actividades de asistencia al sector privado (Pasamonik, 2009). Mientras entre 2003 y 2015 el Estado Nacional reguló más la economía e implementó programas sociales, no se modificaron sustancialmente las inequidades estructurales que todavía ocasionan una situación de calle. En vez, la continua transferencia de presupuesto y niveles decisorios a organizaciones de la SC revela una tendencia creciente a la descentralización de las políticas públicas (Pasamonik, 2009). Al mismo tiempo, se observa un escaso nivel de vinculación entre la SC, los poderes legislativos y fundaciones empresarias, lo cual significa que las organizaciones civiles suelen depender financieramente de los poderes ejecutivos (Arcidiácono, 2011). Por eso, según Arcidiácono (2011), las organizaciones con afiliaciones católicas o políticas experimentan más continuidad con sus programas. Teniendo en cuenta tal espectro amplio de participación de la SC en políticas públicas, se examina el alcance de articulación entre el gobierno de CABA y organizaciones civiles, particularmente SUMAR, para facilitar el acceso a la APS para PSC.

## II. 8. Niveles de cuidado de la salud

Como objetivo principal, se analizan las acciones de cuidado que desempeñan las redes de la SC, frente a programas potencialmente insuficientes del Estado. Según los sociólogos Susana Seidmann *et al.* (2016a), el cuidado se diferencia en dos tipos: material, vinculado con la satisfacción de las necesidades biopsicológicas del cuerpo e inmaterial, ligado a “lo afectivo, a lo emocional, a lo relacional” que se dirigen hacia “un bienestar intersubjetivo” (p.165). Empero, se relaciona aún más con el rol del beneficiario en tal asistencia. Por un lado, desde una “concepción esencialista” del sujeto, las instituciones y los profesionales legitiman ciertas normas de atención, estableciendo una heteronomía sobre ella (Kornblit *et al.*, 2007, p.12). Se vincula esta noción de cuidado “a los distintos saberes que se despliegan sobre los cuerpos [de los beneficiarios]...convirtiéndolos en objetos de control y normalización” (Foucault, 1978 citado en Seidmann *et al.*, 2016a, p.166).

No obstante, también se puede configurar el cuidado como acto de agencia, “como práctica de la libertad,” del “conocimiento de sí” (Foucault, 2009, citado en Seidmann et al., 2016a, p.165). Esta segunda concepción de cuidado busca acercarse al individuo como participante y factor decisorio de su propia asistencia. Así la agencia en cuidado se configura como “la reflexividad de los individuos” sobre la producción de discursos y prácticas de atención médica (Kornblit *et al.*, 2007, p.13) y, por consiguiente, “la posibilidad de escapar a la norma para tratar de fundar otra regla” (Ema López, 2004, p.20). Retomando el concepto de interculturalidad de Menéndez (2003), el cuidado debe reconocer que todos enfrentan los padecimientos mediante diferentes estrategias – influenciadas por sus propias experiencias particulares – y así intentar incorporar sus conocimientos y subjetividades (citado en Ramírez, 2015). Entonces, el tema del cuidado involucra una perspectiva de reconocer, defender y promover al destinatario como agente activo en la programación e implementación de atención médica (Seidmann *et al.*, 2016a, p.164).

No obstante, Seidmann *et al.* (2015) afirman que la mayoría de instituciones del circuito de asistencia-social, compuesto de servicios estatales y socio-civiles, operan desde una “lógica tutelar,” considerando a las PSC como pasivas e incapaces de “gestionarse a sí mismos” (p.260). Así, mientras este circuito puede llegar a repartir recursos materiales suficientes – ropa, comida, para bañarte, para dormir – no logra a escuchar las demandas de los usuarios y a menudo ocasiona más inseguridad (p.ej. en pedir que un usuario salga de su ranchada antes de recibir servicios) (Seidmann *et al.*, 2016a). Este proyecto explora entonces como la organización de muestra, SUMAR, establece nuevos dispositivos que (1) logren una forma de “cercanía” (Ramírez, 2015, p.12) a sus usuarios, conociendo sus contextos personales para abordar sus necesidades, y (2) fortalezcan sus habilidades (Seidmann *et al.*, p.260), reconociéndolos como “capaces de negociar activamente sus condiciones de vida, adaptarse y reaccionar” (Capellini *et al.*, 2012, p.6). Así se analiza cómo la SC fomenta el empoderamiento mediante el acercamiento para últimamente promover el auto-cuidado, ayudando a las PSC a generar una capacidad resolutive en sus propias situaciones de salud (Juárez, 2014).

Para esta investigación, se define el autocuidado como “aquellas prácticas aprendidas por las personas, dirigidas hacia sí mismos y hacia el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de su vida, salud y bienestar” (Seidmann *et al.*, 2016a, p.165). Para explorar este tema, se indaga específicamente en los agrupamientos de pares de PSC. Según el sociólogo Martín Boy (2014), las relaciones entre la gente en calle funcionan como estrategia de sobrevivencia. Afirmó el autor que morar grupalmente implica “convivir con los mismos problemas, encontrar formas de enfrentar los inconvenientes... [y] comparten elementos materiales y emocionales” (p.50-2). Así tal espacio de pares puede convertir a los constituyentes en “agentes multiplicadores” que detectan los problemas de sus compañeros, brindándoles apoyo y orientándolos en la búsqueda de ayuda (Kornblit *et al.*, 2007, p.21). Cabe señalar que lesiones por accidentes o hechos violentos suman un 30% de internaciones de PSC en el Hospital Fernández, de lo cual se puede inferir que residir sin protección grupal presenta un riesgo mayor a la salud (Capellini *et al.*, 2012, p.24).

Mientras tales agrupamientos ofrecen mayor protección de la salud, el autocuidado entre las PSC aún puede alcanzar una mayor escala, desarrollando una complejidad organizacional, táctica y política parecida a otros movimientos sociales. Así, para nuestra investigación, una conceptualización precisa de lo que constituye una estrategia colectiva exitosa resulta fundamental. Los sociólogos Daniel Cress y David Snow (2000) proponen así que el éxito de organizaciones sociales depende del desarrollo comprehensivo de varios marcos: (1) diagnósticos (¿Cuál es el problema?); (2) pronósticos (¿Cómo se lo remedia?) y (3) motivacionales (¿Por qué se necesita abordarlo?). Cuando existen aliados sociales y/o políticos, tales marcos resultan suficientes junto a tácticas disruptivas para lograr una meta; en tanto que la burocracia gubernamental queda receptiva de las demandas de una organización, estrategias no-disruptivas bastan alcanzarla<sup>7</sup> (Cress y Snow, 2000). Para examinar la capacidad resolutive del autocuidado entre pares, este estudio considera tales parámetros organizacionales.

---

<sup>7</sup>Cress y Snow (2000) definen “tácticas disruptivas” a aquellas que buscan “infringir la ley y arriesgar la detención de los participantes (p.ej. bloques, sentadas y ocupación de propiedad). “Acciones no-disruptivas” incluyen peticiones, marchas y demostraciones que normalmente se negociaron y se sancionaron anteriormente (p.1078).

Como un ejemplo concreto ya examinado del autocuidado entre las PSC fomentado por el cuidado de una organización socio-civil bonaerense, se encuentra la Asociación Civil Asamblea Popular Plaza Dorrego - San Telmo (APPDST). En 2015, mediante un comedor semanal, se conformó en APPDST un dispositivo denominado “Malabardeando,” en el que se promueve la inclusión de PSC a un grupo de apoyo de pares, “orientado a la resignificación de sus experiencias” para “generar transformaciones subjetivas y colectivas con un sentido emancipador” (Seidmann *et al.*, 2016b, p.5). El título de la organización significa “hacer malabares para dejar el bardo,” lo cual pretende habilita a PSC “a incluirse como sujetos activos en la gestión de riesgos y la reducción de daños.” Se identifican como resultados del malbardear (1) “la ampliación de la red social,” (2) “la reactivación de la afectividad” y (3) “el [re]desarrollo de habilidades sociales.” Mediante un estudio más amplio de las redes entre agrupamientos de pares, organizaciones civiles e instituciones estatales, esta investigación evalúa este “poder mutante” – las transformaciones que se pueden conseguir de manera colectiva (Seidmann *et al.*, 2016b, p.7-10) – para lograr equidad en la APS para gente en situación de calle.

### III. METODOLOGÍA

---

#### III. 1. Fuentes de información

Puesto que ya se realizaron numerosos estudios acerca de las características demográficas, los riesgos de salud y la utilización de servicios médicos de las PSC en la Ciudad de Buenos Aires, además de formas de apoyo socio-asistencial para esta población, pocos analizan la articulación con y entre entidades no-estatales en cuidarles y expandir su acceso a la APS. Así este proyecto sirve como una investigación tanto exploratoria como descriptiva, examinando el objeto de estudio, cuidado por redes de la Sociedad Civil, mediante:

- Entrevistas grupales con adultos mayores de 18 años previamente en situación de calle en la CABA que utilizan los recursos de SUMAR;
- Entrevistas con (1) prestadores de servicios sociales afiliados con SUMAR, (2) proveedores de servicios médicos de varios niveles de atención y (3) trabajadores de asistencia social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA); y
- Observaciones de campo durante recorridas nocturnas con SUMAR en el Pasaje Enrique Santos Discépolo, CABA (entre Av. Corrientes y Av. Callao).

Las entrevistas se realizaron desde el 1º hasta el 21 de mayo de 2018 en varios sitios de la CABA. Este proyecto logró como muestra: una entrevista grupal con mujeres previamente en situación de calle y otra con dos profesionales de salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, además de entrevistas individuales semiestructuradas con una integrante de SUMAR, una terapeuta ocupacional del Hospital José Tiburcio Borda, un coordinador de la APS y una trabajadora de asistencial social del GCBA (véase a las Referencias para datos de los entrevistados).

Considerando el cronograma limitado del proyecto, la propia posición sociocultural del investigador y la falta de familiaridad participante-entrevistador, se avizó una limitación potencial de entrevistas individuales con PSC. Así se contactó a usuarias de los servicios de SUMAR durante

una recorrida nocturna, entrevistándolas de forma grupal con el acompañamiento de una integrante de la organización misma. Esta conversación grupal planteó a subrayar las barreras que los participantes enfrentan en acceder al sistema público de salud, la eficacia de la Sociedad Civil en abordar tales obstáculos y las formas de auto-gestionarse entre sí mismos. Con respecto a las otras entrevistas, se seleccionó a la prestadora de servicios sociales de SUMAR según sus posiciones como una de los fundadores del grupo e integrante de las recorridas. Arregló la reunión con la trabajadora de asistencia social del gobierno mediante su contacto con la integrante de SUMAR. Estas dos entrevistas exploraron las redes entre organizaciones socio-civiles para expandir el acceso a atención primaria, además de los programas ya existentes del GCBA. Con respecto a los proveedores de servicios médicos, se eligieron por contactos sugeridos por el *advisor* de proyecto, además de una metodología de “bola de nieve.” Estas discusiones se concentraron en las barreras que enfrentan PSC en acudir a la asistencia, además de la articulación entre instituciones médicas y sociales para solucionar tales obstáculos (véase Anexo II para las guías de entrevistas).

Se asumió también el rol de observador-participante durante dos recorridas con SUMAR, apuntando observaciones para datos cualitativos que buscaron destacar los asuntos armados en el Protocolo de observación (véase Anexo III). Mientras se explicó el propósito de la presencia del investigador durante las recorridas (“...conocer cómo organizaciones no-gubernamentales facilitan el acceso a la atención primaria de salud para PSC en CABA...”), se aseguró nunca interrogar, encomendar tareas ni estimular a los sujetos de observación. Así no se acompañó a los proveedores en citas individuales con usuarios que potencialmente trataran de información confidencial. Anterior a cada visita, también se discutieron las normas de observación con la organización, arreglando reglas concretas y condiciones éticas de su participación. Además, se consiguió el permiso verbal de los sujetos de observación, cumpliendo con cualquier demanda que presenten, aún si se requirió regresar al sitio en otro momento. No obstante, al fin no se presentó ningún problema con la recolección de observaciones; al contrario, todos los sujetos recibieron abiertamente al investigador.

### III. 2. Consideraciones éticas

Debido a que las PSC constituyen sujetos vulnerables, se adoptaron distintas medidas para acomodarse a las varias necesidades que se presentaran. Cabe destacar particularmente la importancia de proteger la anonimidad y confidencialidad de las PSC, ya que el reparto de datos personales como su nombre, lugar de pernoctar y riesgos de salud podría haber resultado amenazante, peligroso y comprometedor, especialmente si tal información llegara a los agentes policiales. Como tal, mientras se les proveyeron el nombre y datos de contacto del investigador, no se les pidió esta información a los usuarios de servicios. Además, puesto que vivir sin techo se distingue como una experiencia traumática, se evitó discutir sucesos angustiantes con las participantes de la entrevista grupal. Además, se realizaron las preguntas en una manera que no apareciera interrogativa, nunca interrumpiendo las respuestas de estas PSC, sino que dejándoles compartir lo que quieran.

Antes de empezar una entrevista grupal con las PSC, se explicó un consentimiento informado verbalmente (véase Anexo I), pidiéndoles permiso grabar el consentimiento y discusión subsecuente con su celular. Después, cada uno confirmó oralmente si consintió participar en el estudio. Se eligió este resguardo ético porque un formulario legal que demande una firma lleva un significado cultural que se podía percibir como intrusivo, engañoso y/o vinculado con un sistema policial/judicial amenazante. También, una prevalencia más alta de analfabetismo dentro de las PSC podía haber obstaculizado tal requerimiento formal. Para las entrevistas con prestadores de servicios sociales y sanitarios, primero se proveyó al participante un formulario de consentimiento, explicándole la información contenida allí adentro y pidiéndole que lo firmara, indicando si permitió que se grabara la discusión y también se utilizara su nombre (en vez de un seudónimo). Al terminar todas las entrevistas, se subieron las grabaciones a su computadora para transcribirlas, después borrándolas. Para proteger la confidencialidad, privacidad y anonimato de cada participante, las transcripciones no incluyeron ningún dato de identificación (todas recibieron un número personalizado) y se guardarán separadas de los formularios de consentimiento.

Con respecto a los riesgos potenciales para los sujetos de estudio, las entrevistas trataron de algunos asuntos inquietantes (como las experiencias de y padecimientos ocasionados por vivir sin techo). Para las PSC, se intentó no profundizar en tales tópicos si pareció ponerles incómodos. No obstante, las entrevistas grupales no les arriesgaron más que cualquier otra reunión con un proveedor. Por otro lado, el estudio también no expone a los proveedores a más riesgo que una discusión de tales temas con otros profesionales. Al contrario, mientras los participantes no recibieron compensación económica por participar, este estudio les permite compartir sus experiencias acerca de temas personalmente impactantes y así contribuir al conocimiento de cómo expandir el acceso a atención primaria para PSC en la CABA.

### **III. 3. Limitaciones en el acceso a la información**

Al proponer inicialmente este proyecto, se planteó concentrarse en las perspectivas propias de gente en situación de calle, realizando numerosas entrevistas grupales con esta población. Sin embargo, ya que el acceso a las PSC dependió de las recorridas nocturnas de SUMAR y así de la decisión de la organización de manejarlas, se restringió la cantidad de estos encuentros de campo. Lamentablemente, una pesada temporada de lluvia resultó que se suspendieran varias recorridas, permitiendo al investigador participar solamente en dos. Dado a que se juzgó esencial que, durante la primera reunión con los usuarios de SUMAR, el entrevistador se acercara a y desarrollara confianza con los participantes potenciales, solo se logró realizar una entrevista grupal. Además, el ruido del entorno de la calle y las interacciones entre los integrantes y los usuarios impidieron la grabación de la conversación con una calidad adecuada para la transcripción, limitando aún más los datos recogidos. En consecuencia, los resultados del estudio – con respecto a lo que ofrece y lo que recibe en términos de cuidado – se concentran mucho en las perspectivas de los proveedores de servicios sanitarios y sociales. Empero, la variedad de sectores representados por los entrevistados todavía permite un retrato amplio y comprehensivo de la problemática de investigación.

### **III. 4. Reflexiones de la posicionalidad del investigador**

Como estadounidense y alumno universitario extranjero, además de hombre, blanco, heterosexual, sin discapacidades mentales o físicas y en buen estado de salud, el investigador se encuentra en una posición privilegiada relativa a la mayoría de personas en situación de calle de la CABA. Así se aumenta automáticamente una situación ya asimétrica entre un investigador y un participante vulnerable, lo cual podría haber influenciado la colección y calidad de datos debido a una falta potencial de confianza hacia el anterior. No obstante, al proponer la investigación, el autor ya contó con varios años de experiencia como estudiante y voluntario dentro del campo de servicios sociales para gente en situación de calle. Además, motiva esta investigación principalmente una historia personal del investigador, una de desempleo, desalojo y caerse sin seguro de salud que ocasionó la muerte de su padre en los EE.UU. Así, aunque queda distinto el contexto, existen experiencias compartidas entre el investigador y los participantes que quizás invitaron más cercanía en el campo, pero, al mismo tiempo, una visión más parcial al analizar los datos.

## IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

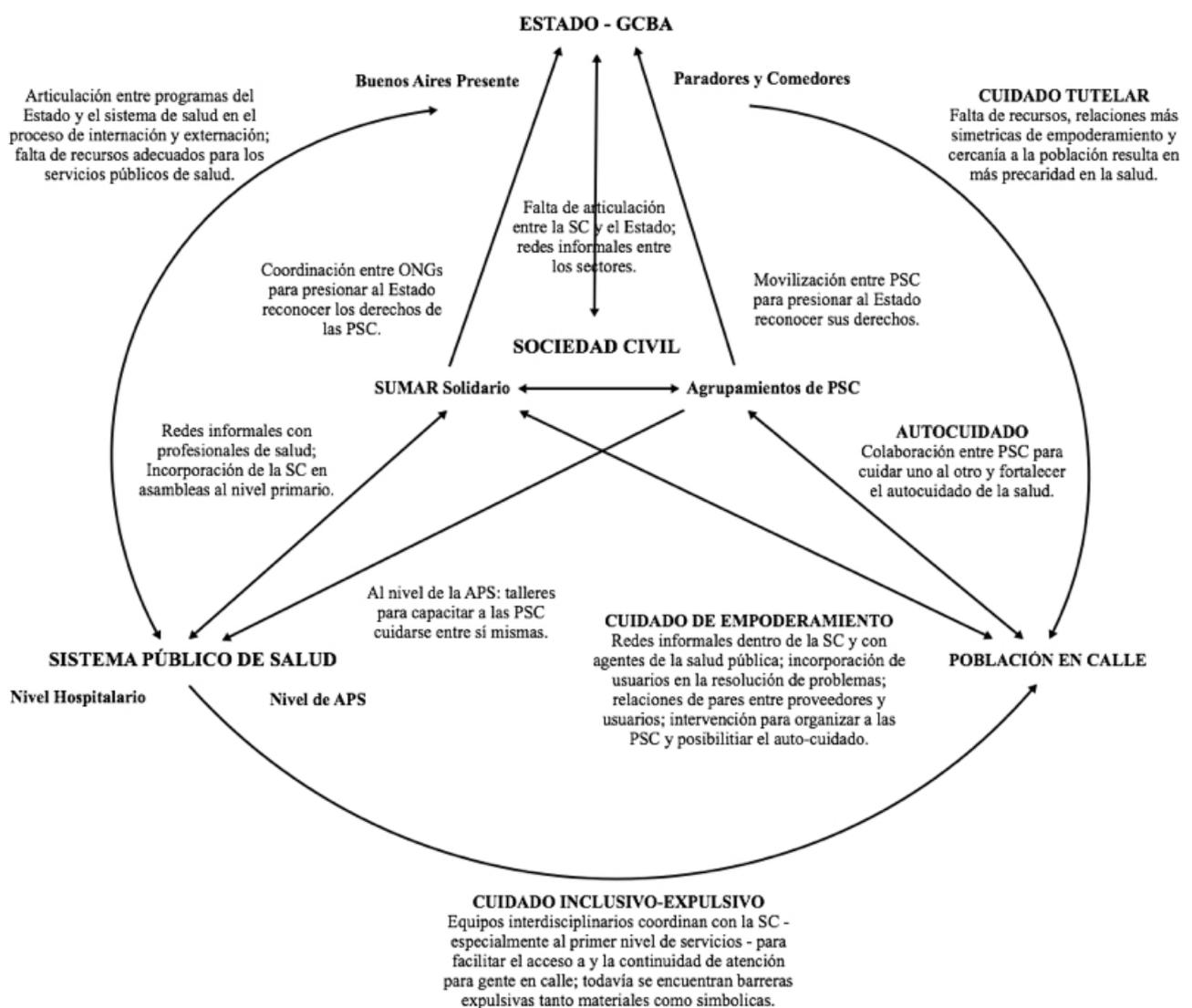
---

Al desarrollar este proyecto, se partió del supuesto de que estar en situación de calle presenta distintas necesidades sanitarias, a las cuales las respuestas del GCBA y sistema de salud público, aunque gratuita e igualmente accesible por ley, no responden adecuadamente. Así, se planteó indagar en las acciones de redes de la Sociedad Civil – como protagonista históricamente integral en la protección de derechos humanos y promoción del desarrollo social – para abordar las demandas particulares de las PSC y facilitar su acceso a la APS. Empero, además de identificar las iniciativas implementadas por la SC, específicamente la organización de caso, SUMAR Solidario, se propuso analizarlas en comparación a los programas del Estado. Así se realizaron entrevistas primero con representantes del GCBA y varias instituciones públicas de salud, buscando averiguar cómo estos sectores ya habían intentado solucionar esta problemática. Después, se exploraron las percepciones hacia las brechas de tales programas y las respuestas de la SC y PSC en abordarlas, entrevistando a una proveedora y unas usuarias de SUMAR, además de observar dos recorridas nocturnas.

A continuación, se presentan y analizan los resultados del campo, primero subrayando los principales problemas de salud que padecen las PSC. Después se examinan las iniciativas existentes para afrontarlos y facilitar el acceso a la APS, ordenándolos en un esquema temático por efectores (el GCBA, el sistema público de salud, la SC y agrupamientos de PSC) y multinivel por dimensiones de cuidado (lo que el proveedor ofrece, lo que la población en calle recibe y lo que se facilita del autocuidado). Para explorar tales niveles se consideran, como factores inclusivos, el acercamiento a, empoderamiento de y seguimiento de la atención médica para la población en calle. Al mismo tiempo, se indagan en las barreras económicas, organizacionales y simbólicas que obstaculizan el acceso a la asistencia, lo que resulta en la expulsión y aún auto-exclusión de gente. Además, a lo largo del análisis, se evalúa la construcción de redes dentro y entre efectores para brindar este cuidado, diferenciando entre vínculos formales, informales y subjetivos, además de sus dimensiones de verticalidad y horizontalidad en la identificación y resolución de problemas de la salud para las PSC.

Mediante este esquema de análisis, se destacan unas conclusiones acerca de las redes de cuidado para las PSC en la CABA (presentadas en Fig. 2). Se sugiere una estructura tutelar de los programas del gobierno municipal, revelando que relega a los destinatarios a roles pasivos frente una oferta inadecuada de asistencia. Con respecto a las iniciativas del sistema públicos de salud, se subraya una paradoja entre intentos programáticos inclusivos y prácticas organizacionales expulsivas. A continuación, se analizan las acciones de empoderamiento en el cuidado mediante redes informales entre SUMAR, profesionales de salud y otras organizaciones socio-civiles. Además, se exploran las herramientas ofrecidas por la APS y SUMAR para fomentar el autocuidado entre pares. Para concluir, se discuten la falta de articulación formal entre el Estado y SC, además del rol de cercanía de organizaciones socio-civiles en las políticas públicas de la salud.

**Figura 1. Redes de cuidado para personas en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**



#### IV. 1. Implicaciones de la salud en situación de calle

Con respecto a los principales padecimientos de salud que presenta gente en situación de calle, los resultados corroboran las conclusiones de previos estudios (Calcagno, 1999; Capellini *et al.*, 2012; y Proyecto 7 *et al.*, 2017), aun sumando información acerca de hipotermia y violencia de género. Señalaron proveedores tanto estatales como de la SC que la calle se configura como sitio de extrema vulnerabilidad (A. Malabia, comunicación personal; M. Acoyte, comunicación personal). Ya que el empobrecimiento total en “recursos básicos” (F. Rey, comunicación personal) obstaculiza el alimentarse saludablemente, albergarse seguramente e higienizarse habitualmente, las PSC de CABA se presentan con desnutrición, condiciones dermatológicas y problemas respiratorios (A. Clotet, comunicación personal; F. Rey). Se encuentran también enfermedades transmisibles (como HIV/sida, Hepatitis y Tuberculosis), además de crónicas (como diabetes e hipertensión), provocadas y/o empeoradas por la calle según varios entrevistados (A. Clotet; A. Malabia; F. Rey). Cabe destacar también el tema de hipotermia, que ya provocó la muerte de cuatro niños atendidos por SUMAR desde que se fundó la organización y de aún más adultos que, por “armar braseros” mientras estaban “medio borrachos” para aguantar el frío, prendieron los colchones por accidente, quemándose gravemente.

Según las entrevistas, también abundan hechos violentos, accidentes de tránsito, robos y violencia de género, principalmente ocasionados por individuos no en situación de calle. María Acoyte (seudónimo), proveedor de servicios sociales del GCBA, cuenta de “un grupo de gente [domiciliada]” que quemaba a un señor en calle, forzándole a acceder atención urgente – “y esa no era la primera vez que pasaba.” Con respecto a la violencia de género, SUMAR una vez atendió a una chica que llegó a calle escapando a un padrastro abusador, a quien algunos varones violaron “un montón de veces” mientras ella pernoctó en la Plaza del Congreso. También, se encuentran muchas chicas que fallecieron por abortos clandestinos o que toman sustancias para interrumpir el embarazo y “terminan muriéndose.” Juntas, estas condiciones de desnutrición, enfermedades trasmisibles y crónicas y de violencia provocan un “deterioro de la persona” y, en consecuencia, de su bienestar (A. Malabia).

Una estancia en situación de calle no solo empeora estos padecimientos, como ya señalado por Calcagno (1999), sino también reduce las demandas hacia el Estado y el sistema de salud para la asistencia, afirma Acoyte. Según la entrevistada, existen tres principales categorías de PSC en CABA, cada una con distintos padecimientos y utilización de servicios sanitarios. Constituyendo “la menor cantidad de gente,” aquellos que pernoctan en la calle de forma transitoria o temporaria en promedio presentan condiciones menos graves, pero “buscan” o “demandan ayuda” con más frecuencia. Desamarradas de vínculos sociales (A. Clotet), las dos poblaciones más cronificadas en calle, incluso con individuales que sufren una dependencia de sustancias y/o viven con trastornos mentales – ocasionados y/o agravados por vivir sin techo – a menudo no llegan a acudir por apoyo, a pesar de sufrir estados de salud más comprometidos (M. Acoyte; S. Figueroa). El siguiente análisis sustenta el supuesto inicial de que estas condiciones graves y subutilización de servicios se liga más a una respuesta inadecuada del Estado en cuidar a esta población que a un desinterés inherente a la población.

#### **IV. 2. Cuidado tutelar del Gobierno de la CABA**

Para asistir a las PSC, el Gobierno de la CABA cuenta principalmente con el programa Buenos Aires Presente (BAP), compuesto por más de 150 psicólogos, médicos y trabajadores sociales que “recorren la ciudad las 24 horas,” asistiendo a la población (Buenos Aires Ciudad, s.f.). BAP se encarga de llevar a individuos identificados a través de llamados a la línea 108 (por otras PSC, residentes o trabajadores internos al gobierno) a los paradores, refugios u hogares, donde reciben “atención social y acompañamiento profesional,” además de una ducha, ropa, comida caliente y una cama para dormir (Buenos Aires Ciudad, s.f.; M. Acoyte). Según una trabajadora social del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, Roxana Piediferri, BAP también realiza recorridas “con diferentes móviles y asistencia por diferentes zonas de la Capital.” En el invierno, por ejemplo, organiza la campaña “Frío Cero,” repartiendo “guiso, alimentación nutritiva y caliente...y frazadas” (R. Piediferri, comunicación personal).

Con respeto a la salud, Acoyte afirma que el BAP opera como el “primer nivel de atención,” de manera “territorial,” para acercarse a la población. Al llegar a un sitio, los equipos profesionales – los cuales incluyen o quedan en comunicación con médicos – averiguan si las personas se encuentran en “un estado de vulnerabilidad” con condiciones que las ponen en riesgo y así demandan asistencia (R. Piediferri). Desde ahí, ellos articulan con “otros efectores,” tales como hospitales públicos, centros de salud y/o comunidades terapéuticas, para activar un proceso de tratamiento, siempre con la voluntad del paciente (R. Piediferri; M. Acoyte). En los casos de niños o personas con trastornos mentales que no pueden conscientemente negar atención, BAP pide que intervengan varias entidades judiciales para los menores o llama directamente a la ambulancia para que se atiendan a los del segundo grupo (M. Acoyte). Cabe destacar además que BAP se involucra también en el proceso de externación, ayudando a pacientes a reencontrarse con su familia, ingresar en una comunidad terapéutica o conseguir un subsidio habitacional para que no retornen a la calle durante la recuperación (R. Piediferri).

Según Acoyte, el GCBA ofrece los servicios de BAP, además de los paradores y comedores a los cuales se liga el programa, “totalmente” gratuitos y accesibles a toda la gente en situación de calle. No obstante, las percepciones de los prestadores de servicios sociales tanto estatales como de la SC revelan ciertas discrepancias entre lo que se declara ofrecer y lo que se percibe recibir. Acoyte asevera que dentro de los servicios del Estado existe “un montón de expulsión,” la cual ella vincula principalmente a barreras organizacionales (M. Acoyte). Por ejemplo, los subsidios habitacionales que provee el gobierno mediante BAP y otros programas a menudo no alcanzan para pagar un alquiler de una vivienda (M. Acoyte; A. Malabia). También, el apoyo en conseguir empleo o atención médica no acompaña tal acceso al alojamiento, lo cual resulta en que la mayoría de gente pronto “vuelve a la calle” (M. Acoyte). Aún más, Acoyte propone que se meten a los profesionales que asisten a las PSC en “la misma bolsa” que sus usuarios, negando personal y sueldos suficientes para que ellos “sostengan el laburo” (M. Acoyte). Como subrayaron las OIT y OPS (2002), tal financiamiento inadecuado de recursos materiales y humanos obstaculiza la provisión de servicios de manera equitativa.

La entrevista con la integrante de SUMAR Solidario, Alejandra Malabia (seudónimo), también revela obstáculos simbólicos – prácticas expulsivas (Engelman, 2006; Ramírez, 2015) – que dirimen la dignidad y no respetan las necesidades de las PSC. Según Malabia, programas estatales como BAP y Espacio Público<sup>8</sup> operan para que “la ciudad se vea bonita,” utilizando la Línea 108 para remover a las PSC de la vista pública. La integrante reconoce que los equipos de BAP sí “les dan sopita” o “una frazada” a las PSC, pero con el propósito de también “buscarlas, tomar los datos y sacarlas.” Malabia atestigua que en plena noche – cuando no hay peatones ni nadie más en las calles – Espacio Público y también la policía municipal llegan a despertar y levantar a gente, tirando sus pocas pertenencias en “un contenedor de basura.” Si una PSC resiste trasladarse a un parador del Estado, a veces los profesionales o policías inclusive les pegan o destruyen sus ranchadas (A. Malabia).

Afirman Malabia y Acoyte que muchas PSC no quieren acceder a los paradores, donde también se falla en alinear con sus necesidades. Por ejemplo, los paradores suelen funcionar con horas fijas de entrada y de salida que no reflejan las realidades cotidianas de las PSC, quienes “tienen que hacer la cola todos los días,” además de cumplir con otros requisitos que chocan con tales horarios (M. Acoyte). Además, la mayoría de los paradores no dejan entrar a los usuarios con sus pertenencias, reduciendo así acceso para los cartoneros, cuyos carros de reciclaje les permiten sobrevivir. Tampoco se permite a animales, a pesar de que crean vínculos afectivos esenciales para la salud mental de las PSC (M. Acoyte). Por tales razones, mucha gente elige pernoctar en calle y evitar programas como BAP (A. Malabia), los cuales operan desde una concepción tutelar (Seidmann *et al.*, 2015) y esencialista (Kornblit *et al.*, 2007) del cuidado. Legitimando normas de atención que no reflejan las necesidades de las PSC, estas respuestas del Estado no resultan adecuadas. Al contrario, pueden ocasionar aún más inseguridad (p.ej. requerir que salgan de la protección de una ranchada y pierdan pertenencias personales) y plenamente niegan agencia a las PSC sobre la gestión de su bienestar.

---

<sup>8</sup> Espacio Público representa un programa del Ministerio de Ambiente y Espacio Público con la siguiente misión: “Fortalecemos la sustentabilidad y el patrimonio arquitectónico. Recuperamos, transformamos y sumamos nuevos espacios verdes para que los vecinos puedan disfrutar de una Ciudad a escala humana” (Buenos Aires Ciudad, s.f.)

### **IV. 3. Cuidado inclusivo-expulsivo por el sistema público de salud**

Con respeto al cuidado ofrecido por el sistema público de salud – lo cual también se configura como aparato del Estado – se encuentran numerosos intentos para asegurar equidad en el acceso para las PSC, especialmente al nivel primario. Según Silvia Figueroa (seudónimo), terapeuta ocupacional del Hospital Municipal José Tiburcio Borda, por muchas décadas, los servicios médicos en la CABA se concentraban en los segundo y tercer niveles de alta internación, sin mucho contacto comunitario. Solo recientemente se desarrollaron áreas de la APS, por lo menos en los hospitales Borda y Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, para así acercarse a poblaciones menos accesibles. En el Hospital Nacional en Red, por ejemplo, se logra tal trabajo territorial mediante consultorios móviles instalados en zonas donde se encuentra mucha gente en calle (R. Piediferri; R. Rey). En tales consultorios, equipos interdisciplinarios de profesionales médicos y trabajadores sociales realizan prevención y promoción de la salud (incluso con controles anuales, consultas odontológicas y vacunaciones), además de referencias y acompañamiento a servicios de internación (S. Figueroa R. Piediferri; F. Rey).

En brindar tales servicios, estos programas articulan con distintas instituciones barriales, incluso con dispositivos estatales y socio-civiles. Específicamente con organizaciones no-gubernamentales, se constituyen asambleas mensuales, en las cuales se presentan las preocupaciones o dificultades principales que actualmente surgen en el barrio (F. Rey). Según Fernando Rey, coordinador de la APS del Hospital Nacional en Red, esta colaboración permite que vayan modificando los planes de intervención para abordar las demandas dinámicas de la población. También tal coordinación sirve para establecer referentes comunitarios para fomentar la prevención y promoción de la salud afuera de los móviles, además de incorporar a los equipos de APS dentro de la SC para fortalecer el acompañamiento en y la continuidad del tratamiento para sus constituyentes (R. Piediferri; F. Rey). Así, en formar redes con la SC al nivel primario, el sistema público de salud ofrece una alternativa al cuidado tutelar del estado que busca incorporar a informantes más cercanos a la población en calle en la identificación y resolución de sus distintas necesidades sanitarias.

Los hospitales también coordinan con la SC en el proceso de externación, tendiendo “un puente” con la comunidad para promover la rehabilitación como medida preventiva de internaciones subsecuentes (S. Figueroa). En el Hospital Borda, existe el servicio *Pre-Alta*, el cual busca sostener pacientes externados en condiciones sanitarias adecuadas y vincularles con alojamiento y empleo seguro (S. Figueroa). De modo semejante, en el Hospital Nacional en Red, se activa “una evaluación interdisciplinaria” al ingresar un paciente, la cual incluye una revisión de su situación de alojamiento. Si el paciente no se encuentra con condiciones habitacionales adecuadas para externarse, trabajadores sociales lo registran en el programa *Vuelta a casa*, consiguiéndoles una cama en un parador, refugio u hogar (R. Piediferri) o subsidios habitacionales (A. Clotet). *Vuelta a casa* inclusive se dirige a pacientes con riesgo de desalojo y/o con empleo inseguro, ayudándoles a cubrir los gastos de transporte, alimentación, ropa y vivienda (R. Piediferri). Tales iniciativas disminuyen las barreras económicas y geográficas que obstaculizan la atención médica, brindando a las PSC las herramientas para mejor gestionar su salud y así fomentar su agencia en el cuidado (Seidmann *et al.*, 2016a).

No obstante, a pesar de implementar las iniciativas arriba mencionadas para promover equidad en el acceso, el sistema público de salud todavía expulsa a gente en calle – especialmente al nivel hospitalario. Retomando esta paradoja de cuidado inclusivo-expulsivo, Figueroa declara que “la cobertura de salud excede al sistema,” que mientras sí existe acceso a atención urgente (como destacó Capellini *et al.* (2012)), no se puede “construir un después de eso” (S. Figueroa) – ni tampoco un antes. Rey declara que la salud pública argentina queda ausente en muchos “lugares de muy difícil acceso.” Sin el trabajo de territorio de la APS como “la primera puerta” al sistema, Rey asevera que “ellos [las PSC] no tendrían acceso” ninguno. No obstante, según Malabia, muchos de los servicios primarios todavía se encuentran dentro de o a las periferias de villas miserias – no en los barrios más pudientes donde se concentra gente en calle (Pasamonik, 2009). Además, aunque sí existen dispositivos de APS, Figueroa asevera que el sistema de salud permanece “muy dirigido al segundo [y tercer] nivel,” donde pacientes en calle todavía afrontan barreras tanto materiales como simbólicas.

Primero, aunque se puede recibir atención gratuitamente en instituciones públicas, no siempre se consigue medicación sin costo. Según Malabia, los hospitales generalmente cubren los medicamentos para “gente vulnerable,” como pacientes con HIV, trastornos mentales o aún en situación de calle. No obstante, no “les están dando la cantidad que necesitan mensualmente,” lo que produce como resultado que la mayoría de gente no sigue con su tratamiento (A. Malabia). Con respecto a los obstáculos organizacionales, la asistencia necesaria para condiciones más comunes en calle demanda tratamiento prolongado y así requiere que pacientes vuelvan varias veces al hospital a buscar medicación, lo cual no resulta posible para las PSC (F. Rey). También asevera SUMAR que el sistema de salud queda “casi colapsado,” necesitando que pacientes sin seguro se instalen en una cola a las 04.00 para sacar turnos. En los casos de estudiantes en la escuela, mujeres embarazadas o familias con niños, tal espera resulta difícil, impidiéndoles a acceder controles de salud (A. Malabia; M. Acoyte). Con respecto al proceso de externación, ni las opciones de alojamiento estatales ni subsidios habitacionales realmente brindan condiciones adecuadas para la recuperación.

Además de estas barreras económicas y organizacionales, también la gente en situación de calle enfrenta obstáculos simbólicos. Asevera Malabia que a veces las ambulancias “prefieren no levantar” a las PSC y que los médicos “no aceptan a atenderlas” en el estado higiénico y mental que puede ocasionar una situación de calle. De acuerdo, Acoyte también confirma que existen profesionales que “expulsan a personas,” negando camas a aquellas que frecuentan repetidamente a una guardia y/o atención ambulatoria. Aún se excluye o maltrata a los equipos de APS cuando acompañan a una PSC de la calle al hospital, especialmente cuando un paciente sufre un trastorno mental o una adicción (F. Rey). Aún si las PSC logra acceder a una cama, a menudo afronta demandas profesionales que “se amolden” a regímenes de higiene y alimentación, por ejemplo, que no corresponden a las realidades de calle (S. Figueroa). Tales prácticas tutelares y estigmatizadoras efectivamente expulsan a la gente en calle, directamente impidiendo su acceso a atención médica y así infringiendo su derecho humano a alcanzar el goce óptimo de salud que se pueda lograr.

Al enfrentar tales barreras, mucha gente en calle elige no volver a acudir a servicios médicos hasta que se vuelve grave su estado de salud, así generando un proceso de auto-exclusión. Al intentar reingresar a un sistema en el cual ya quedan marginalizadas y sentir excluidas nuevamente, las PSC sufren una “doble desafiliación” (S. Figueroa) y después no reacciden a la atención médica (S. Figueroa; M. Acoyte). Con suerte, algunos siguen con tratamiento a nivel primario dentro de los consultorios móviles (F. Rey), pero a veces sin la asistencia que sus condiciones realmente demandan (A. Malabia). Señalando esta problemática, Rey afirma que la mayoría de gente (aproximadamente un 90%) que se acerca a los móviles del Hospital Nacional en Red solo se atiende en estos consultorios, a pesar de que una gran cantidad presentan necesidades de mayor complejidad. En resumen, mientras el sistema público de salud cuenta con iniciativas articuladas con la SC para acercarse a la población en calle y facilitar su acceso a la APS, se encuentra un cuidado paradójicamente inclusivo-expulsivo, en el cual barreras materiales y simbólicas todavía estigmatizan y excluyen a las PSC.

#### **IV. 4. Cuidado de empoderamiento desde redes de la Sociedad Civil**

Debido a que los resultados sugieren que los servicios estatales, tanto del GCBA como el sistema público de salud, no abordan suficientemente las necesidades sanitarias de PSC en la CABA, a continuación, se evalúan las acciones de cuidado desempeñadas por redes de la SC. Corroborando las teorías de “la hegemonía” de Gramsci (1971), “asociación” (Heywood, 1994) y protagonista en el desarrollo social (Arcidiácono, 2011; Biagini, 2005 y 2007), las entrevistas realizadas con la integrante y usuarios de SUMAR, además de las observaciones recogidas durante las recorridas nocturnas con la organización misma, revelan que la SC puede defender y afianzar el derecho a la salud para las PSC, para incorporarles en la identificación y resolución de barreras, armar vínculos informales y subjetivos para abordar tales obstáculos e inclusive presionar al Estado para que cumpla con sus responsabilidades legales. Mediante tales estrategias, se propone que SUMAR ofrece con eficacia un cuidado de empoderamiento que últimamente facilita el autocuidado entre las PSC.

SUMAR se originó en la participación de un grupo de amigos en movimientos barriales en el Parque Patricios, quienes notaron “cómo se organizaban las comunidades” en defender sus derechos y proponer demandas hacia el Estado (A. Malabia). Para distinguirse de la conducta paternalista de BAP y los intereses financieros que a menudo se hallan dentro de otras organizaciones de la SC, se fundó SUMAR hace cuatro años como un agrupamiento entre compañeros “sin bandera política, ni religiosa” que no moviliza limosna monetaria. Principalmente, esta organización realiza recorridos semanales por el centro de la CABA – juntando donaciones mediante las redes sociales y cocinando entre ellos mismos – para repartir ropa y comida a PSC. Mediante los vínculos afectivos que se buscan generar durante tales recorridas, la organización plantea acercarse a sus usuarios y ayudarles a sacar turnos en servicios de salud, conseguir subsidios habitacionales, evitar desalojo al salir de la calle y defender sus derechos al espacio público de la ciudad (A. Malabia).

Para realizar tales objetivos, el grupo cuenta principalmente con redes informales, armadas por contactos y procesos no institucionalizados. Con el sistema de salud público, SUMAR articula con profesionales dentro del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich para conseguir turnos y facilitar el seguimiento de tratamiento con los mismos médicos (A. Malabia). Afirma Malabia que la continuidad de cuidado lograda por tales contactos resulta fundamental para usuarios con enfermedades crónicas y mujeres embarazadas, quienes a veces no saben acceder a controles prenatales o presentan condiciones que problematizan el embarazo. Por ejemplo, en un caso reciente de una mujer embarazada cuya diabetes e hipertensión iban a arriesgar al feto, SUMAR le consiguió turnos más seguidos, posibilitando que su nena naciera sana. Mediante tales vínculos informales, aún se logra que profesionales atiendan a gente en la calle. Malabia cuenta de un médico obstétrico que durante las salidas cosía a pacientes con lesiones o quemaduras “en plena calle,” también invitando a mujeres embarazadas a su clínica para realizar las ecografías y controles prenatales. Con respecto a la medicación, la organización aún establece redes informales con laboratorios para asegurar que sus usuarios con condiciones crónicas reciban las dosis adecuadas a largo plazo (A. Malabia).

Además de colaborar con proveedores de servicios médicos públicos (y también privados), SUMAR cuida a las PSC mediante vínculos informales dentro de la SC, principalmente organizando recursos mediante contactos individuales por las redes sociales. El grupo sube las historias de los usuarios, siempre con su permiso, pidiendo a la red los bienes específicos que cada uno necesita. Por ejemplo, con la nena recién nacida ya mencionada, se publicaron fotos de ella con una descripción de su situación en calle y después empezaron a llegar cartas, leche, pañales y ropa para ella. Explica Malabia que, mediante estas redes, gente de afuera se acerca a y se identifica con ciertas historias de sus usuarios, fortaleciendo más vínculos afectivos con ellos. Tales redes más subjetivas – afirma la organización – aseguran que los vecinos “se den cuenta de que hay gente en su cuadra durmiendo y que necesita servicios,” que sepan “cómo se llaman” y que les escuchen y faciliten el acceso a lo básico, como un turno o un trámite de DNI (A. Malabia). Estos dispositivos informales entre profesionales de salud e individuos de la SC logran “cercanía” (Ramírez, 2015, p.12) a gente en calle, transformándola de una entidad estigmatizada a un grupo de individuos conocidos y facilitando el conocimiento de sus contextos personales para mejor abordar sus necesidades.

Dentro del cuidado ofrecido, SUMAR también cuenta que colaboran con otras organizaciones de la SC, principalmente por contactos informales compartidos entre ellas. Por ejemplo, cuando se avisa al grupo de una obstrucción de acceso a servicios médicos, un desalojo de un hotel o la destrucción de una ranchada, SUMAR contacta a Proyecto 7,<sup>9</sup> Mañana llueve<sup>10</sup> y otras organizaciones para abordar la problemática. Primero, se presentan, al lado de las PSC, para “hace[rla] visible y [g]enera[r] la atención de los medios” (A. Malabia). Enseguida se contrata el apoyo de unos asesores legales para presionar al gobierno y la policía municipal, después se presenta una denuncia firmada por todos los grupos y gente en calle involucrados (A. Malabia).

---

<sup>9</sup> En el 2003 se conformó en la CABA Proyecto 7 – Gente en situación de calle, una organización integrada por personas en situación de calle que “realiza actividades diversas destinadas al abordaje de la problemática desde una perspectiva integral, multidisciplinaria y colectiva, entendiendo a las personas en situación de calle como portadoras de saberes y experiencias valiosas para reformular sus proyectos de vida” (Proyecto 7, s.f.).

<sup>10</sup> Un emprendimiento social que construye refugios de emergencia para PSC con materiales reciclables, que sirve para atenuar el frío, mantener seco al usuario y sus pertenencias, ser seguro y movable (Nueva ciudad, 2014).

No obstante, tales acciones desempeñadas por redes no solamente intentan facilitar el acceso a la APS y defender los derechos de las PSC, sino también fomentar la agencia de los usuarios como “sujetos capaces de negociar activamente sus condiciones de vida, adaptarse y reaccionar” (Capellini *et al.*, 2012, p.6). Buscando abandonar una perspectiva tutelar del sujeto cuidado como pasivo, Malabia propone que las organizaciones civiles deben “organizar a las personas, con nosotros como participantes.” Este proceso de empoderamiento se formaliza en las asambleas de SUMAR, en las cuales se juntan los integrantes y usuarios para discutir problemáticas de la calle. Por ejemplo, Malabia cuenta que, en las últimas asambleas, conversaron del aborto y la violencia de género, invitando a una psicóloga para charlar con adolescentes sobre la educación sexual y reproductiva – todos temas recurrentes para las mujeres en calle. Además de estas asambleas, la organización también realiza “eventos en calle” (ferias y bailes), en los cuales los usuarios participan no como “espectadores” sino como “organizadores” planificando programas (A. Malabia). Así SUMAR propone incluir a sus usuarios como factores decisorios en la producción de discursos y prácticas acerca de su asistencia.

Los resultados de la entrevista grupal con usuarias de SUMAR reflejan esta información acerca de cómo la organización misma facilita el acceso a la APS para las PSC de CABA. Afirman todas las entrevistadas (Usuaría #1, 2 y 3, comunicación personal) que antes de acercarse a SUMAR, tuvieron que “hacer cola” por varias horas para atenderse a nivel primario (por controles anuales y consultas básicas). Además, mientras sí podrían pedir consultas con el mismo médico de cabecera, a menudo éste no se encuentra disponible por unas semanas. Sin embargo, las mujeres aseveran que, con los contactos de la organización en el Hospital Argerich, logran conseguir turnos más seguidos y, en general, con el mismo médico (Usuaría #1, 2 y 3). Para Usuaría #2, una mamá de unos 40 años con diabetes e hipertensión, este seguimiento de tratamiento durante su embarazo permitió que su nena naciera sana (aunque todavía prematura). Atestigua Usuaría #1, una mujer que realizó un control mensual para hipertiroidismo una semana anterior a la entrevista, también que los médicos la atienden con más respeto en el Argerich, ya que los contactos de SUMAR están dispuestos a asistir a las PSC.

De manera semejante, las observaciones de las recorridas nocturnas de SUMAR subrayan tal cuidado basado en el acercamiento y empoderamiento mediante vínculos subjetivos. Al analizar el escenario de la primera recorrida (véase Figura 3 a continuación), se notan interacciones entre integrantes de SUMAR y PSC – específicamente la ronda con mujeres – basadas en una horizontalidad de pares, lenguaje informal y afectividad (con abrazos, saludos y mate). Aunque los varones mayores y adolescentes no participan en la ronda, todavía acceden a SUMAR. Cabe destacar además que el procedimiento de repartir recursos no consiste en esparcirlos aleatoriamente a los usuarios, sino dejarles elegirlos y aún pedir que los integrantes les consigan ciertas donaciones (p.ej. leche, pañales, abrigos, zapatos). Ejemplificando la satisfacción de necesidades tanto materiales como emotivas (Seidmann *et al.*, 2016a) lograda por tal cercanía y paridad, en la segunda recorrida se observó el cumpleaños de una chica de 15 años, en el cual recibió de SUMAR equipo de fútbol, ya que su mamá antes había contado a la organización que la chica siempre soñaba con jugar como una profesional.

**Figura 3.**

**Descripción del escenario de una recorrida nocturna de SUMAR Solidario**

Sitio: Pasaje Enrique Santos Discépolo, CABA

Fecha: El 26 de abril de 2018 Hora: 21.00hs

1. En un círculo, una integrante, el observador-participante, mujeres en situación de calle y el hijo de una de ellas comparten pizza y charlan de varios temas.

2. Una integrante reparte ropa a una mujer y hombre que se la acercan. La mujer selecciona entre algunas remeras; no queda ropa de varón.

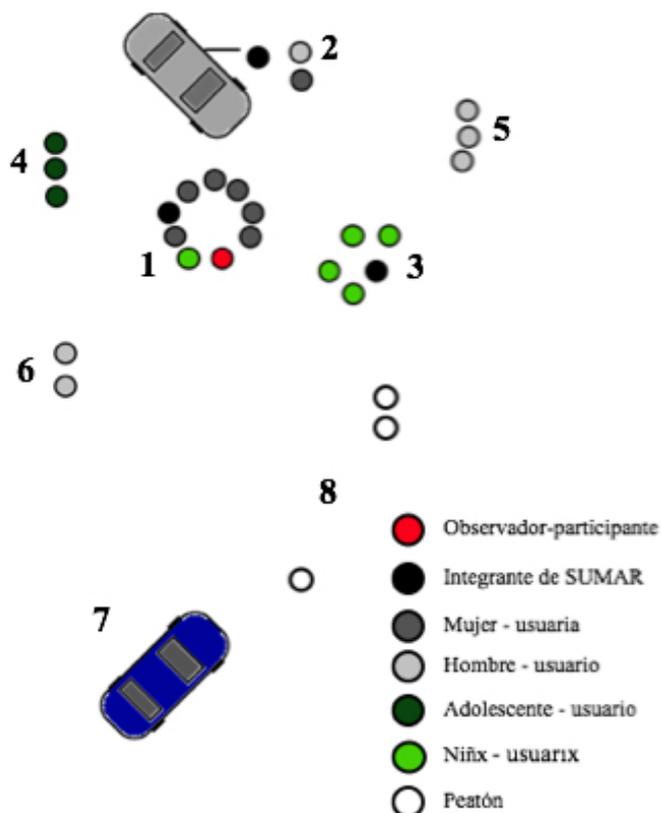
3. Un integrante y los niños de las mujeres cantan "Juguemos en el bosque..." en una ronda.

4. Adolescentes de edad secundaria charlan aparte, sentados en una umbral, también comiendo pizza. Se averigua que son hijos de una de las mujeres. A veces se meten en el círculo.

5 y 6. Varones de mayor edad sentados en un banco, hablando entre sí mismos y compartiendo pizza.

7. Un patrullero estacionado con dos policías adentro, mirando hacia la dirección del grupo.

8. Varios peatones pasan, sin interactuar con los participantes de la recorrida nocturna.



Con respeto a la APS, las observaciones coinciden con la afirmación de Malabia en que estos vínculos afectivos permiten a la organización asegurar el seguimiento de la asistencia médica. Mientras charlan de temas generales en las rondas de las recorridas, los integrantes periódicamente preguntan a los usuarios sobre su estado de salud y el de sus hijos, sus últimas consultas en el Argerich y cómo van controlando ciertas condiciones. Según lo observado, cuando surge en la ronda una preocupación acerca del acceso a servicios médicos, un integrante después lo discute discretamente con el usuario. Por ejemplo, al final de la segunda recorrida, una mujer se acercó a SUMAR, contando al grupo algunas preocupaciones de cómo obtener un cierto medicamento para su hijo, a lo cual una integrante le contestó que lo pediría a una farmacia para conseguirlo. Así, los resultados sugieren que la cercanía a usuarios lograda por la horizontalidad de las recorridas permite a SUMAR facilitar el acceso a la APS, además de asegurar la continuidad de tal asistencia.

#### **IV. 5. Auto-cuidado entre agrupamientos de pares**

Este cuidado de empoderamiento facilitado por vínculos informales y subjetivos entre SUMAR, el sistema público de salud, otras organizaciones de la SC y las mismas PSC últimamente propone promover el auto-cuidado de pares dentro de la población en calle. Como tal, SUMAR busca “organizar a la gente” para que sepa “defender lo suyo,” ayudándoles a fortalecer sus capacidades resolutivas (Juárez, 2014) de negociar y abordar sus condiciones de vida (Capellini *et al.*, 2012). De modo semejante, Rey asevera que los equipos de la APS – en colaboración con organizaciones no-gubernamentales – también intentan fomentar el auto-cuidado, brindando talleres para que las PSC “puedan manejarse” sin los profesionales siempre en una “posición de tutelaje.” Declara Rey que con los servicios de salud existe “una red que llega a un punto donde se corta,” donde ni los equipos ni las organizaciones socio-civiles pueden llegar más. Por eso, según Rey, “si la misma gente [que recibe la APS] está encargada de seguir promocionándola, no ves donde termina esta red” de autocuidado, aún si existen limitaciones por la falta de recursos.

Al contestar si “adoptan las PSC estrategias específicas para abordar sus padecimientos y gestionar su bienestar,” todos los entrevistados declaran que sí, se cuidan entre sí mismos – especialmente dentro de las ranchadas. Afirma Figueroa que “en general, hay varias personas en una misma zona,” formando “un tipo de comunidad orgánica” en la que “se cuidan.” De modo semejante, Acoyte subraya la generación de “una ranchada de confianza de amigos,” dentro de la cual se realizan “construcciones de chapas” y otras acciones colectivas de cuidado. Con respecto a la prevención y la promoción de salud, Rey afirma que los talleres de la APS intentan que cuando alguien capacitado dentro de una ranchada vea que otro necesita atención médica, pueda decirle, por ejemplo, “Che, escuchame, andá y fijate, podés ir a un hospital, vi que a alguien le pasaba lo mismo y tuvo que tomar medicación.” Planteando un ejemplo explícito de tal capacidad de la gente en calle para realizar el auto-cuidado, Malabia cuenta cómo algunos usuarios con colostomías utilizan bolsas recolectoras conseguidas de los supermercados locales para atenderse entre ellos.

Así estos vínculos de pares funcionan como espacios en que las PSC se convierten en “agentes multiplicadores” (Kornblit *et al.*, 2007, p.21), facilitando el autocuidado entre sí mismos para detectar los problemas de otros y desarrollar prácticas para abordarlos (Boy, 2015; Seidmann *et al.*, 2016a). Afirma Malabia, por ejemplo, que siempre existe una madre en calle que “sabe más de los papeles,” y cuando la organización le explica en más detalle cómo contactar al médico para sacar un turno o conseguir un trámite de DNI, ella después puede acompañar a los demás en tales procesos. Los resultados de la entrevista con la integrante aún sugieren que este autocuidado puede desarrollar una mayor complejidad organizacional, táctica y política. Cuenta Malabia de un intento de desalojo por Espacio Público del GCBA de unas “familias con bebés y mujeres embarazadas” en el Parque de Chacabuco. Con el saber de sus derechos (su “marco diagnóstico” (Cress y Snow, 2010)) y sus necesidades sanitarias de proteger su ranchada (su “marco motivacional”), empezaron a organizarse y contratar al apoyo de varias organizaciones de la SC. Al fin, con la “táctica disruptiva” (Cress y Snow, 2010) de una sentada con SUMAR y Proyecto 7, lograron en resistir su expulsión del parque.

Los resultados de la entrevista grupal con usuarios de SUMAR y las observaciones de las recorridas también destacan la importancia del autocuidado entre pares en gestionar la salud. Confirma la Usuaría #1 que entre las mujeres se cuidan mucho – especialmente por los niños cuando una sale a trabajar o comprar al supermercado – y que estos vínculos afectivos se fortalecen a través de las reuniones con SUMAR (Usuaría #1). Durante las recorridas también se observan tales relaciones de confianza, medidas por los gestos amigables (abrazos y saludos) entre los usuarios, el cuidado colectivo de los niños y la planificación grupal de eventos (p.ej. una peña folclórica). Mientras estos vínculos cuidan principalmente la salud mental, arriesgada por el aislamiento de la calle, también logran una dimensión física. Por ejemplo, cuando la organización reparte donaciones, las madres guardan pañales, envases de leche y ropa para mujeres que no pudieron venir. Así estas redes subjetivas facilitadas por SUMAR últimamente posibilitan el autocuidado, empoderando a las PSC a compartir varios recursos materiales y emotivos para abordar sus distintas necesidades de salud.

#### **IV. 6. La formalización de una red entre la SC y el Estado**

Al proponer esta investigación, se planteó examinar cómo colaboran las redes de la SC con el Estado para facilitar el acceso a la APS. Mediante el desarrollo del marco-conceptual, la recolección de datos y el análisis de los resultados, se ha encontrado una ausencia de una red formal entre organizaciones no-gubernamentales y el GCBA para cuidar a la población en calle. La representante del gobierno municipal, Acoyte, reconoce que “normalmente” los programas estatales, como BAP, “no articulan directamente” con la SC. Como demuestran las redes informales entre SUMAR y profesionales de salud, si los trabajadores del Estado coordinan con organizaciones socio-civiles, operan no por un proceso institucionalizado sino por contactos individuales (Acoyte). Aún dentro de la APS del Hospital Nacional en Red – donde se observan reuniones más programadas entre la SC y los equipos médicos – Rey comenta que “se consigue mucho [del trabajo en territorio] desde lo que son las redes informales,” cuya “informalidad” impide que lleguen los servicios a toda la población.

Como Rey observa, existen redes entre la SC y el Estado, pero “lo que se falta es formalizarlas.” De acuerdo con las conclusiones de Arcidiácono (2011), todos los proveedores de servicios entrevistados concuerdan en que la SC debe asumir un rol en las políticas públicas y además en la planificación e implementación de servicios para las PSC. No obstante, como advierte Arcidiácono (2011), algunos entrevistados también acotan el riesgo de “borrar” (S. Figueroa) las responsabilidades estatales en proteger los derechos humanos, asegurando que se recurre a la SC porque el Estado “tiene falencia” (M. Acoyte) y queda ausente (A. Malabia). Cabe destacar también que los resultados sugieren una falta de formación profesional y conocimiento técnico por parte de organizaciones no gubernamentales (S. Figueroa; F. Rey) que disuade a algunos profesionales de aceptar la plena participación de la SC en las políticas públicas de salud.

Empero, aún las dos entrevistadas a quienes más les preocupa la disolución del aparato socio-asistencial del Estado, coinciden en que la SC ocupa un rol integral de acercamiento a las PSC (M. Acoyte; S. Figueroa). “Todo el tiempo en contacto” con la población en calle, las organizaciones socio-civiles, según Figueroa, representan las que “más conocen” las necesidades sanitarias de ella. Operando “desde un lugar sin una distancia,” estos grupos “pueden generar lazos de confianza” con las PSC, permitiéndoles lograr un mejor conocimiento acerca de sus situaciones de salud – un saber “clave para una política pública” (S. Figueroa). Asevera Rey que muchas decisiones de cómo abordar una problemática de salud pública se originan “atrás un escritorio” donde hay un “desconocimiento del territorio.” Así, cuando llegan muchos planes del Estado al campo, “no se puede llevarlos a la práctica” porque carecen de “lo que realmente necesitan” las comunidades (F. Rey). Por eso, las redes informales entre SUMAR, el sistema público de salud, otras organizaciones de la SC y gente en calle facilita un cuidado que empodera a las PSC, posibilitándoles gestionar mejor su bienestar y acceder a la APS. Dado a la eficacia de tal cuidado señalada por la integrante y las usuarias de SUMAR, además de las observaciones de campo, una articulación formal entre el Estado y la SC en las políticas públicas podría llegar a abordar con más eficacia los padecimientos de salud de las PSC en la CABA.

## V. CONCLUSIONES

---

A partir de lo presentado, se registra cómo una organización de la Sociedad Civil, SUMAR Solidario, ensambla redes de cuidado para abordar las distintas necesidades sanitarias de la población en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Primero se relatan los principales padecimientos de salud que presenta esta población, mostrando cómo un empobrecimiento de recursos básicos obstaculiza el alimentarse saludablemente, albergarse seguramente e higienizarse habitualmente. Sin estas condiciones básicas de la atención primaria propuestas por la Declaración de Alma-Ata (1978), las PSC presentan desnutrición, problemas respiratorios y otras enfermedades transmisibles y crónicas. Se retrata también la calle como sitio de extrema vulnerabilidad, donde abundan robos, ataques físicos, accidentes de tránsito y especialmente violencia de género, ocasionados en muchos casos por individuos afuera de la población. Se destaca aún más que una estancia en calle no solo agrava tales padecimientos sino también reduce las demandas de las PSC para asistencia, aunque esta población representa la que más necesita tal atención.

Sustentando el supuesto inicial en el que se funda esta investigación, se sugiere que estas condiciones deterioradas de salud se ligan más a una respuesta inadecuada del Estado que a un desinterés inherente de la gente en buscar atención. Mediante un análisis multinivel del cuidado que se ofrece, que se percibe recibir y que facilita el autocuidado, se destaca una estructura deficiente y tutelar en los programas del GCBA. Aunque se proveen los servicios estatales gratuitamente a toda la población en calle, existen barreras organizacionales, en la forma recursos insuficientes tanto materiales como humanos, que obstaculizan su provisión y eficacia. Además, se encuentran obstáculos simbólicos que degradan la dignidad de las PSC (tales como el desalojo de una ranchada que les ofrece seguridad) y que no coinciden con sus realidades cotidianas (p.ej. las reglas de entrada a un parador). Así se propone que el GCBA opera desde una percepción esencialista de la población como una beneficiaria pasiva, negándole la agencia de informar las iniciativas que gestionan su propio bienestar.

En los últimos años, el sistema público de salud ha intentado asegurar mejor equidad en el acceso a servicios para la gente en calle, especialmente al primer nivel. Los hospitales consultados, por lo menos, han instalado sectores de la APS, en los cuales equipos interdisciplinarios se acercan a las PSC y realizan prevención y promoción de la salud, además de acompañamiento a la internación. Estos dispositivos articulan con organizaciones socio-civiles como referentes comunitarios, formando asambleas para discutir los problemas que surgen con esta población y así mejorar la asistencia para ella. No obstante, se revela que este aparato estatal todavía expulsa a estos individuos, quienes afrontan barreras materiales (p.ej. gastos de medicamentos) y organizacionales (p.ej. las demoras en sacar turnos) en el acceso a la asistencia. Aún más, se plantea que se encuentran obstáculos simbólicos, principalmente unas prácticas estigmatizadoras de los médicos, que provocan la auto-exclusión. Así, al motivarse a entrar nuevamente en un sistema que las marginalizó y sentirse excluidas de vuelta, las PSC doblemente se desafilian y no vuelven a acudir a la atención médica.

Frente a tal inequidad en el acceso, se sostiene que la organización socio-civil, SUMAR, ensambla redes informales y vínculos subjetivos entre distintos efectores estatales y civiles para abordar los padecimientos de esta población. Colaborando con profesionales individuales, SUMAR facilita los procesos de sacar turnos, obtener medicación a largo plazo y realizar controles más seguidos – lo cual asegura la continuidad necesaria de tratamiento para personas en condiciones muy precarias. También, la organización consigue donaciones mediante contactos por las redes sociales, publicando las historias de sus usuarios para que gente de afuera se los acerque y conozca sus necesidades. Además, se subraya cómo se coordinan entre organizaciones de la SC para defender los derechos de la gente en calle, movilizándose para denunciar obstrucciones de acceso a la atención médica, desalojos de hoteles o expulsiones del espacio público. Se concluye que SUMAR ofrece un cuidado de empoderamiento, enfatizando relaciones horizontales entre sus integrantes y usuarios durante asambleas programáticas, recorridas nocturnos y otros eventos para incorporar a las PSC como decisoras activas en la producción de discursos y prácticas acerca de su propia asistencia.

No obstante, además de facilitar el acceso a servicios médicos y fomentar la agencia de las PSC, estas redes de SUMAR (y también de los equipos de la APS) últimamente promueven el autocuidado entre pares. Se propone que los procesos de acercamiento y empoderamiento fortalecen las capacidades resolutivas ya existentes de la gente en calle para mejor gestionar sus condiciones de salud. Se destaca también la importancia de brindar las herramientas necesarias para autocuidarse, inclusive el saber de auto-organizarse en agrupamientos, para expandir una red comunitaria de la APS – como enfatiza la Declaración de Alma-Ata (Art. IV, VI). Aún más, se indica la posibilidad de que el autocuidado alcance una formación más compleja y barrial, movilizand o tácticas disruptivas para defenderse contra transgresiones de sus derechos por parte del Estado.

Empero, a lo largo del análisis, se revela un desafío decisivo en abordar las necesidades sanitarias de la población en calle, específicamente al nivel de la atención primaria. Aunque se encuentran redes de cuidado para las PSC, carecen de una articulación institucionalizada, limitando así el reparto de recursos a toda la población. Se plantea aún más que esta falta de formalización solo permite que empeoren las inequidades estructurales que siguen agravando esta problemática. No obstante, este estudio suma unas conclusiones acerca de cómo las redes de la SC podrían mejorar la eficacia y humanidad de las políticas públicas dirigidas a las PSC, asumiendo un rol de acercamiento que logra un conocimiento más válido y justo de ellas. Sin embargo, se reconocen las limitaciones en la representatividad de estos resultados, debido al tiempo restringido para recoger datos. Por eso, se plantean unas preguntas para estudios más extensos: ¿Cómo se comparan los resultados de intervenciones sociales del GCBA con los de la SC para facilitar el acceso a la APS para las PSC?; ¿Resulta eficiente el autocuidado entre pares como medida preventiva contra condiciones agudas o enfermedades crónicas? y ¿cómo puede articular el Estado con entidades socio-civiles integradas por PSC en desarrollar una política de salud para gente sin vivienda segura? Solo en responder a tales preguntas – enfatizando las perspectivas de los individuos en situación de calle – se puede lograr la plena realización del derecho humano a la salud en la Ciudad de Buenos Aires.

## REFERENCIAS

### Bibliografía

- Arcidiácono, Pilar. (2011). "El protagonismo de la sociedad civil en las políticas públicas: entre el 'deber ser' de la participación y la necesidad política." *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, num.51, p.153-76. Recuperado el 7 de mayo de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533683006>.
- Biagini, Graciela Silvia. (2005). "Sociedad civil y salud en Latinoamérica: aproximaciones al estado del arte de las investigaciones." Ponencia presentada en la V Conferencia Regional de ISTR, "Sociedad civil, participación ciudadana y desarrollo", 10 al 12 de agosto 2005, Lima, Perú. Recuperado el 7 de mayo de <http://www.lasociedadcivil.org/doc/sociedad-civil-y-salud-en-latinoamerica-aproximaciones-al-estado-del-arte-de-las-investigaciones/>.
- . (2007). "Movilización social y salud." *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara. Recuperado el 7 de mayo de <http://www.redalyc.org/pdf/4030/403041700022.pdf>.
- Boy, Martín. (2014). "Conflictos, solidaridades y miradas en torno a la situación de calle. Ciudad de Buenos Aires, 2012." *Estudios Sociológicos*, 32(94), 45-71. Recuperado el 6 de abril de <http://www.jstor.org.reference.sit.edu:2048/stable/24725762>.
- Boy, M., Marcús, J., & Perelman, MD. (2015). "La ciudad y el encuentro de la diferencia. Adultos que viven en la calle y mujeres que habitan en hoteles-pensión. Ciudad de Buenos Aires, 2007-2011." *Estudios Demográficos y urbanos*, 30(2), p.369-404. Recuperado el 3 de mayo de <https://www.jstor.org/stable/24572161>.
- Calcagno, Luis. Secretaría de Promoción Social del GCBA. (1999). *Los que duermen en la calle: un abordaje de la indigencia extrema en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Centro de Documentación en Políticas Sociales. Recuperado el 7 de abril de [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/19\\_los\\_que\\_duermen\\_en\\_la\\_calle.\\_un\\_abordaje\\_de\\_la\\_indigencia\\_extrema\\_en\\_la\\_ciudad\\_de\\_buenos\\_aires..pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/19_los_que_duermen_en_la_calle._un_abordaje_de_la_indigencia_extrema_en_la_ciudad_de_buenos_aires..pdf).
- Capellini, N.A., Cohen, M., Wolochin, I., & Escobar, A. (2012). "Internación de pacientes en situación de calle: estrategias de Intervención desde el Trabajo Social." *Margen: Revista de Trabajo Social*, 67, 1-37. Recuperado el 5 de abril de <https://www.margen.org/suscri/margen67/capellini.pdf>.
- Cress, D. & Snow, D. (2000). "The Outcomes of Homeless Mobilization: The Influence of Organization, Disruption, Political Mediation, and Framing." *American Journal of Sociology*, 105(4), 1063-1104. Recuperado el 5 de abril de [https://www.jstor.org/stable/3003888?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3003888?seq=1#page_scan_tab_contents).
- Domínguez, A., Villalba, M.T. (2010). *Investigación diagnóstica de personas que viven en situación de calle*. Córdoba, Florencia Gentile. Recuperado el 2 de mayo de <http://www.defensorcordoba.org.ar/archivos/publicaciones/Personas%20en%20Situacion%20de%20Calle%202010.pdf>
- Ema López, J.E. (2004). "Del sujeto a la agencia a través de lo político." *Atenea Digital*, 5. Recuperado el 6 de mayo de <http://natalia.uab.es/athenea/num5/ema.pdf>.
- Engelman, M. (2006). "Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud." Facultad de Psicología, UBA. Secretaria de investigaciones, Anuario de investigaciones, volumen XIV. Recuperado el 5 de mayo de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100021](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100021).
- Gramsci, Antonio. (1971). *Selections from the Prison Notebooks of Antonio Gramsci*. New York: International Publishers.

- Heywood, Andrew. (1994). *Political Ideas and Concepts: An Introduction*. London: Macmillan.
- Juárez, María Paula. (2014). “De pacientes a consultantes: Designaciones para la autogestión en la atención primaria y la salud comunitaria.” *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(1), p.11-26. Recuperado el 6 de mayo de <http://www.redalyc.org/html/3331/333132568002/>.
- Kornblit, A.L., Méndez Díaz, A.M., Di Leo, P.F., Camarotti, A.C. (2007). “Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud.” *Revista Argentina de Sociología*, 5(8), p.9-25. Recuperado el 5 de mayo de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1669-32482007000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1669-32482007000100002).
- Pasamonik, Guido. (2009). “Salud, infancia y adolescencia: Prácticas de atención de niños, niñas y adolescentes en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires.” *Anuario de Investigaciones*, 16, p.257-66. Recuperado el 5 de mayo de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945023>.
- Ramírez, Romina. (2015). “Experiencias de jóvenes ex usuarios de PB/paco en hospitales y centros de salud.” *XI Jornadas de Sociología*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Seidmann, S., Di Iorio, J., Azzollini, S., & Rigueiral, G. (2015). “Sociabilidades en los márgenes: prácticas y representaciones sociales de personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires.” *Anuario de investigaciones*, 22(1), 253-261. Recuperado el 6 de abril de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862015000100025](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862015000100025).
- Seidmann, S., Di Iorio, J., Rigueiral, G., Gueglio Saccone, C. (2016a). “El cuidado en personas en situación de calle: Una perspectiva ética y política.” *Anuario de Investigaciones*, XXIII, pp. 163-172. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA. Recuperado el 4 de mayo de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696016.pdf>.
- Seidmann, S., Di Iorio J., Azzollini, S., Rigueiral, G., Gueglio, C., Mira, F., ... Bellaspin, M. (2016b). “Construyendo comunidad: investigación-acción con personas en situación de calle en la ciudad de buenos aires.” Presentado en *II Convocatoria para la divulgación científica sobre Marginaciones Sociales*. Buenos Aires: Programa Interdisciplinario de la UBA sobre Marginaciones Sociales. Recuperado el 6 de abril de <https://www.aacademica.org/000-044/580.pdf>.
- Whitehead, Margaret. (1991). “The concepts and principles of equity and health.” *Health Promotion International* 6(3):217-28. Recuperado el 28 de marzo de <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>.

### Otras fuentes de información

- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. 1948. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Paris: ONU. Recuperado el 26 de marzo de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
- . 1966. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Nueva York: ONU. Recuperado el 26 de marzo de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
- . 1989. *Convención de los derechos del niño*. Nueva York: ONU. Recuperado el 26 de marzo de <https://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobreloderechos.pdf>.
- Buenos Aires Ciudad. (s.f.). Ambiente y Espacio Público. Recuperado el 15 de mayo de <http://www.buenosaires.gob.ar/ambienteyespaciopublico>.
- . (s.f.). Buenos Aires Presente. Recuperado el 14 de mayo de <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/buenos-aires-presente-bap>.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Presentado en la *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud*. Alma-

Ata, USSR. Recuperado el 27 de marzo de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)

Nueva Ciudad. (2014, el 10 de julio). Mañana llueve: un proyecto que construye refugios de emergencia para personas en situación de calle. Recuperado el 19 de mayo de <http://www.nueva-ciudad.com.ar/notas/201407/14565-manana-llueve-un-proyecto-que-construye-refugios-de-emergencia-para-personas-en-situacion-de-calle.html>.

La Legislatura de la CABA. (2010). *Ley N° 3706/11: Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle*. Buenos Aires: Gobierno de la CABA. Recuperado el 4 de abril de <http://www.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3706.html>.

Observatorio del derecho a la ciudad. (2017). *Más de 5 años de incumplimiento de la ley N° 3.706 de protección de personas en situación de calle*. Recuperado el 10 de mayo de <http://observatoriociudad.org/?s=noticia&n=126>.

Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2002). *Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo*. Presentado en la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana: Washington D.C. Recuperado el 6 de mayo de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/ExtensionIniciativa\\_OIT OPS Ext Prot Soc Salud.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/ExtensionIniciativa_OIT OPS Ext Prot Soc Salud.pdf).

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2005. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud; Resolución OMS51.23*. Geneva: OMS. Recuperado el 12 de abril de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

Proyecto 7 - Gente en situación de calle. (s.f.) Objetivos. Recuperado el 14 de mayo de <http://proyecto7.org/objetivos/>.

Proyecto 7, No Tan Distintas y la Defensoría General de la CABA. (2017). *#AMiNoMeContaron: Visibilizar para humanizar*. Buenos Aires: Proyecto 7. Recuperado el 3 de abril de <http://proyecto7.org/wp-content/uploads/2017/07/Informe-preliminar-1%C2%BA-CPPSC.pdf>.

## Entrevistas

Figueroa S. (2018, 7 de mayo). Comunicación personal.

**1ª entrevista realizada** el 7 de mayo de 2018 a las 12.30hs en el Hospital Municipal José Tiburcio Borda, Dr. Ramón Carrillo 375, CABA. Silvia Figueroa (seudónimo) trabaja como terapeuta ocupacional y profesional de planta en el Hospital Borda, asignada a varios servicios de internación y el programa denominado Pre-Alta. Acompaña ella a los pacientes, muchos en situación de calle, el proceso de externación y excursiones laborales.

Clotet, A. (2018, 8 de mayo). Comunicación personal.

Piediferri, R. (2018, 8 de mayo). Comunicación personal.

**2ª entrevista realizada** (de forma grupal) el 8 de mayo de 2018 a las 11.30hs en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, Combate de los pozos 2133, CABA. Adrián Clotet trabaja como psicólogo y coordinador de servicios de agudos en el Hospital Nacional en Red, donde un porcentaje considerable de pacientes se encuentra en situación de calle. Como licenciada en Trabajo Social, Roxana Piediferri pertenece a un dispositivo del mismo hospital, realizando evaluaciones interdisciplinarias de pacientes a su ingreso a la institución y acompañando el proceso de externación.

Acoyte, M. (2018, 8 de mayo). Comunicación personal.

**3ª entrevista realizada** el 8 de mayo de 2018 a las 16.00hs en el Café Bonafide, Gavilán 1213, CABA. María Acoyte (seudónimo) trabaja ahora como psicóloga y trabajadora de asistencia social en el Programa Apoyo Habitacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GABA), en el cual ofrece servicios a gente hotelada que ya salió de la calle. Desde el 2009 hasta el 2015 trabajó con Buenos Aires Presente del gobierno municipal directamente con PSC.

Malabia, A. (2018, 10 de mayo). Comunicación personal.

**4ª entrevista realizada** el 10 de mayo a las 18.30hs en Matteo Café, José María Moreno 124, CABA. Alejandra Malabia (seudónimo) fundó la organización no-gubernamental SUMAR Solidario hace siete años y ahora funciona como integrante en las recorridas nocturnas y coordinadora de sus redes sociales. Antes de establecer este grupo, trabajaba con la Línea 108 de Parque Patricios del GABA.

Rey, F. (2018, 18 de mayo). Comunicación personal.

**5ª entrevista realizada** el 18 de mayo a las 10.30hs en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, Combate de los pozos 2133, CABA. Fernando Rey se encarga como coordinador del servicio de la APS en el Hospital Nacional en Red, donde coordina con equipos interdisciplinarios de profesionales de salud en trabajo de “territorio,” acercando consultorios móviles a poblaciones sin acceso a una asistencia médica.

Usuaría #1. (2018, 21 de mayo). Comunicación personal.

Usuaría #2. (2018, 21 de mayo). Comunicación personal.

Usuaría #3. (2018, 21 de mayo). Comunicación personal.

**6ª entrevista realizada** (grupal, informal, abierta y sin grabación) el 21 de mayo a las 21.00hs en el Pasaje Discépele, CABA durante una recorrida nocturna de la organización socio-civil, SUMAR Solidario. Todas las participantes frecuentan los servicios de las recorridas y están ahora hoteladas con subsidios habitacionales facilitados por SUMAR, aunque antes se encontraban en situación de calle. Los hijos de estas mujeres las acompañan a las recorridas. Mujer #1 hotelada de unos 40 años con un niño que accedió a una comunidad terapéutica por una adicción; mujer #2 hotelada de unos 40 años con diabetes e hipertensión que recién tuvo una nena nacida prematura en el Hospital Argerich y mujer #3 hotelada con tres niños que estaban presentes en la segunda recorrida observada, todos atendidos en el Hospital Argerich.

## ANEXO

---

### Anexo I. Formularios de consentimiento informado

#### Consentimiento informado (VERBAL)

Usuarios de SUMAR Solidario – *Entrevista grupal*

Participante,

Me llamo Brandon Morande y soy estudiante del programa SIT Study Abroad Salud Pública en la Universidad ISALUD acá en Buenos Aires. Como componente principal de mi materia este semestre, investigaré sobre la salud y acceso a servicios médicos para personas en situación de calle (PSC) en CABA, enfocando específicamente en cómo organizaciones no-gubernamentales (como SUMAR Solidario) los ayudan a acceder a la atención primaria. Quisiera primero avisarle que SUMAR acepta que yo realice esta investigación, incluso con algunas entrevistas grupales.

Como usuario de los recursos de SUMAR, se lo invita a usted a compartir sus conocimientos acerca de este tema. Así me gustaría hacerle algunas preguntas sobre los riesgos a la salud de dormir en la calle, su acceso a la atención médica y cómo cuidan de su salud. Su participación tomará como máximo 30 minutos, pero podemos hablar más si así se anima o menos si se cansa. Si hubiera alguna pregunta incómoda, puede no responderla. También puede abandonar la entrevista cuando lo desee. Aunque no recibirá compensación económica, espero que su participación le permita compartir sus experiencias sobre este tema y sumar al conocimiento de cómo expandir el acceso a la atención primaria para PSC en CABA.

Se guardará la información de esta conversación bajo estricta confidencialidad. Así se garantiza que la información estará accesible únicamente para el investigador. Mientras algunos de sus comentarios quizás aparecerán en un informe final de la investigación, no se encontrará información que podría identificarlo/a. Cada participante citado recibirá un seudónimo. Si usted me permite, me gustaría grabar la entrevista para poder escucharla después y asegurar que la redacción final refleje con exactitud lo que me relata. Al terminar la entrevista, voy a transcribir el audio y después borrarlo por entero.

[Pregunta al entrevistado]: ¿Podría yo grabar esta conversación? [En caso afirmativo] Entonces voy a empezar la grabación ahora. [Empezarla]

Como requisito de mi materia, tengo que compartir los resultados de esta investigación con profesores y estudiantes de la Universidad ISALUD en junio de 2018. Después los voy a compartir con SUMAR Solidario. Como participante, posee pleno derecho a solicitar los resultados. Ahora le doy mi número e email si después tiene algunas preguntas o dudas sobre el estudio. Además, le paso los datos de mi directora de investigación Ana Rita Díaz-Muñoz al 011-5239-4000, [AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu](mailto:AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu). Si tiene algunas preocupaciones acerca de mi conducta o sus derechos como participante, también le escribo el contacto de mi programa de estudio [irb@sit.edu](mailto:irb@sit.edu) o +1 (802) 258-3132.

Antes de empezar, tengo que preguntarle si consiente voluntariamente participar en esta entrevista grupal. [Pregunta al entrevistado] Entonces, ¿Consiente participar en esta entrevista?

**Verificación de explicación del investigador**

Certifico que he explicado en detalle el propósito de esta investigación al usuario de SUMAR, verbalmente y en lenguaje apropiado. El/la participante recibió la oportunidad discutir la información conmigo, y he contestado todas sus preguntas.

\_\_\_\_\_ Él/ella permite que se grabe su voz en colaboración con el estudio y que la escuchemos solo yo y el advisor de proyecto.

\_\_\_\_\_ Él/ella no permite que se grabe su voz para propósitos de investigación.

Confirmo que el/la participante dio su consentimiento voluntario para participar en el estudio.

Firma de investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

### Consentimiento informado

Prestador de servicios sociales de SUMAR Solidario

Estimado participante,

Me llamo Brandon Morande y soy estudiante del programa SIT Study Abroad Salud Pública en la Universidad ISALUD acá en Buenos Aires. Como componente principal de mi materia este semestre, se llevará a cabo una investigación sobre la salud y acceso a la asistencia médica para personas en situación de calle (PSC) en CABA. La misma busca (1) describir los principales problemas de salud que padecen las PSC, (2) identificar las barreras que se enfrenten en acceder a la atención primaria, (3) analizar las iniciativas coordinadas entre redes de organizaciones no-gubernamentales, con o sin el Estado, en abordar tales problemas y (4) explorar las estrategias adoptadas por PSC para cuidar su salud.

Como integrante de SUMAR, se invitó a usted a participar en esta investigación y así compartir sus conocimientos acerca de este tema. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las barreras que enfrentan las PSC en acceder a la atención primaria, el rol de SUMAR en abordar tales obstáculos y las redes que se construyen para lograr sus objetivos. Su participación debe tomar aproximadamente 30 minutos. Si hubiera alguna pregunta incómoda, puede no responderla. También puede abandonar la entrevista cuando lo desee. Aunque no recibirá compensación económica, espero que su participación le permita compartir sus experiencias sobre este tema y sumar al conocimiento de cómo expandir el acceso a la atención primaria para las PSC en CABA.

Se guardará la información de esta conversación bajo estricta confidencialidad. Así se garantiza que la información estará accesible únicamente para el investigador. Mientras algunos de sus comentarios quizás aparecerán en un informe final de esta investigación, no se encontrará información que podría identificarse sin su consentimiento adicional. Cada participante citado que no da esta permisión aparte recibirá un seudónimo. Si usted me permite, me gustaría grabar la entrevista para poder escucharla después y asegurar que la redacción final refleje con exactitud lo que me relata. Al terminar la entrevista, voy a transcribir el audio y después borrarlo enteramente. Para asegurar su privacidad y anonimidad, se mantendrá la transcripción separada de su formulario de consentimiento.

Como requisito de mi materia, compartiré los resultados de esta investigación con profesores y estudiantes de la Universidad ISALUD en junio de 2018. Después se publicará el informe del proyecto en la biblioteca virtual de SIT World Learning, además de compartido con SUMAR Solidario. Como participante, posee pleno derecho a solicitar los resultados si así desea.

Si después tiene alguna pregunta o duda sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo al 011 2863-2710, [bmorande@bowdoin.edu](mailto:bmorande@bowdoin.edu), o con mi directora de investigación Ana Rita Díaz-Muñoz al 011-5239-4000, [AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu](mailto:AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu). Si tiene algunas preocupaciones acerca de mi conducta como entrevistador o sus derechos como participante, por favor contacte al Institutional Review Board de la School for International Training at [irb@sit.edu](mailto:irb@sit.edu) o +1 (802) 258-3132.

Antes de empezar, le pido que firme a la vuelta de este formulario, confirmando que Ud. consiente participar en este estudio.

**Consentimiento para grabar la entrevista:**

Por favor, abajo indique con sus iniciales una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ “Permito que el investigador grave mi voz en colaboración con el estudio y sea escuchada solo por el investigador y su *advisor* de proyecto. Entiendo que el audio se borrará después de su transcripción.”

\_\_\_\_\_ “No permito que se grave mi voz para propósitos de investigación.”

**Consentimiento para identificarse**

Por favor, abajo indique con sus iniciales una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ “Permito que se utilice mi nombre en colaboración de este estudio (en el informe y presentación final).”

\_\_\_\_\_ “No permito que se utilice mi nombre para propósitos de investigación.”

Leí el procedimiento descrito arriba. El investigador me explicó el estudio y contestó mis preguntas. Voluntariamente consiento participar en esta investigación. He recibido una copia de este formulario.

Firma de participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

**Verificación de explicación del investigador**

Certifico que he explicado en detalle el propósito de esta investigación a

\_\_\_\_\_ (nombre de participante) en lenguaje apropiado. El/la participante recibió la oportunidad discutir la información conmigo. He contestado todas sus preguntas y él/ella dio su consentimiento voluntario para participar en el estudio.

Firma de investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

### Consentimiento informado

Proveedor de servicios de la salud del [hospital]

Estimado participante,

Me llamo Brandon Morande y soy estudiante del programa SIT Study Abroad Salud Pública en la Universidad ISALUD acá en Buenos Aires. Como componente principal de mi materia este semestre, se llevará a cabo una investigación sobre la salud y acceso a servicios médicos para personas en situación de calle (PSC) en CABA. La misma busca (1) describir los principales problemas de salud que padecen las PSC, (2) identificar las barreras que se enfrenten en acceder a la atención primaria, (3) analizar las iniciativas coordinadas entre redes de organizaciones no-gubernamentales, con o sin el Estado, en abordar tales problemas y (4) explorar las estrategias adoptadas por PSC para cuidar su salud.

Como proveedor de servicios de la salud del [hospital], se invitó a usted a participar en esta investigación y así compartir sus conocimientos acerca de este tema. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las barreras que enfrentan las PSC en acceder a la atención primaria, el rol del [hospital/centro] en abordar tales obstáculos y las redes que construye con la Sociedad Civil para lograr sus objetivos. Su participación debe tomar aproximadamente 30 minutos. Si hubiera alguna pregunta incómoda, puede no responderla. También puede abandonar la entrevista cuando lo desee. Aunque no recibirá compensación económica, espero que su participación le permita compartir sus experiencias sobre este tema y sumar al conocimiento de cómo expandir el acceso a la atención primaria para las PSC en CABA.

Se guardará la información de esta conversación bajo estricta confidencialidad. Así se garantiza que la información estará accesible únicamente para el investigador. Mientras algunos de sus comentarios quizás aparecerán en un informe final de esta investigación, no se encontrará información que podría identificarse sin su consentimiento adicional. Cada participante citado que no da esta permisión aparte recibirá un seudónimo. Si usted me permite, me gustaría grabar la entrevista para poder escucharla después y asegurar que la redacción final refleje con exactitud lo que me relata. Al terminar la entrevista, voy a transcribir el audio y después borrarlo enteramente. Para asegurar su privacidad y anonimidad, se mantendrá la transcripción separada de su formulario de consentimiento.

Como requisito de mi materia, compartiré los resultados de esta investigación con profesores y estudiantes de la Universidad ISALUD en junio de 2018. Después se publicará el informe del proyecto en la biblioteca virtual de SIT World Learning, además de compartido con SUMAR. Como participante, posee pleno derecho a solicitar los resultados.

Si después tiene alguna pregunta o duda sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo al 011 2863-2710, [bmorande@bowdoin.edu](mailto:bmorande@bowdoin.edu), o con mi directora de investigación Ana Rita Díaz-Muñoz al 011-5239-4000, [AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu](mailto:AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu). Si tiene algunas preocupaciones acerca de mi conducta como entrevistador o sus derechos como participante, por favor contacte al Institutional Review Board de la School for International Training at [irb@sit.edu](mailto:irb@sit.edu) o +1 (802) 258-3132.

Antes de empezar, le pido que firme a la vuelta de este formulario, confirmando que Ud. consiente participar en este estudio.

**Consentimiento para grabar la entrevista:**

Por favor, abajo indique con sus iniciales una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ “Permito que el investigador grabe mi voz en colaboración con el estudio y sea escuchada solo por el investigador y su *advisor* de proyecto. Entiendo que el audio se borrará después de su transcripción.”

\_\_\_\_\_ “No permito que se grabe mi voz para propósitos de investigación.”

**Consentimiento para identificarse**

Por favor, abajo indique con sus iniciales una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ “Permito que se utilice mi nombre en colaboración de este estudio (en el informe y presentación final).”

\_\_\_\_\_ “No permito que se utilice mi nombre para propósitos de investigación.”

Leí el procedimiento descrito arriba. El investigador me explicó el estudio y contestó mis preguntas. Voluntariamente consiento participar en esta investigación. He recibido una copia de este formulario.

Firma de participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

**Verificación de explicación del investigador**

Certifico que he explicado en detalle el propósito de esta investigación a

\_\_\_\_\_ (nombre de participante) en lenguaje apropiado. El/la participante recibió la oportunidad discutir la información conmigo. He contestado todas sus preguntas y él/ella dio su consentimiento voluntario para participar en el estudio.

Firma de investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

### Consentimiento informado

Trabajadora de asistencia social de Buenos Aires Ciudad

Estimado participante,

Me llamo Brandon Morande y soy estudiante del programa SIT Study Abroad Salud Pública en la Universidad ISALUD acá en Buenos Aires. Como componente principal de mi materia este semestre, se llevará a cabo una investigación sobre la salud y acceso a servicios médicos para personas en situación de calle (PSC) en CABA. La misma busca (1) describir los principales problemas de salud que padecen las PSC, (2) identificar las barreras que se enfrenten en acceder a la atención primaria, (3) analizar las iniciativas coordinadas entre redes de organizaciones no-gubernamentales, con o sin el Estado, en abordar tales problemas y (4) explorar las estrategias adoptadas por PSC para cuidar su salud.

Como trabajadora de asistencia social de Buenos Aires Ciudad, se invitó a usted a participar en esta investigación y así compartir sus conocimientos acerca de este tema. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las barreras que enfrentan las PSC en acceder atención primaria, el rol del gobierno municipal en abordar tales obstáculos y las redes que se construyen con la Sociedad Civil para lograr sus objetivos. Su participación debe tomar aproximadamente 30 minutos. Si hubiera alguna pregunta incómoda, puede no responderla. También puede abandonar la entrevista cuando lo desee. Aunque no recibirá compensación económica, espero que su participación le permita compartir sus experiencias sobre este tema y sumar al conocimiento de cómo expandir el acceso a la atención primaria para las PSC en CABA.

Se guardará la información de esta conversación bajo estricta confidencialidad. Así se garantiza que la información estará accesible únicamente para el investigador. Mientras algunos de sus comentarios quizás aparecerán en un informe final de esta investigación, no se encontrará información que podría identificarse sin su consentimiento adicional. Cada participante citado que no da esta permisión aparte recibirá un seudónimo. Si usted me permite, me gustaría grabar la entrevista para poder escucharla después y asegurar que la redacción final refleje con exactitud lo que me relata. Al terminar la entrevista, voy a transcribir el audio y después borrarlo enteramente. Para asegurar su privacidad y anonimidad, se mantendrá la transcripción separada de su formulario de consentimiento.

Como requisito de mi materia, compartiré los resultados de esta investigación con profesores y estudiantes de la Universidad ISALUD en junio de 2018. Después se publicará el informe del proyecto en la biblioteca virtual de SIT World Learning, además de compartido con SUMAR. Como participante, posee pleno derecho a solicitar los resultados.

Si después tiene alguna pregunta o duda sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo al 011 2863-2710, [bmorande@bowdoin.edu](mailto:bmorande@bowdoin.edu), o con mi directora de investigación Ana Rita Díaz-Muñoz al 011-5239-4000, [AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu](mailto:AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu). Si tiene algunas preocupaciones acerca de mi conducta como entrevistador o sus derechos como participante, por favor contacte al Institutional Review Board de la School for International Training at [irb@sit.edu](mailto:irb@sit.edu) o +1 (802) 258-3132.

Antes de empezar, le pido que firme a la vuelta de este formulario, confirmando que Ud. consiente participar en este estudio.

**Consentimiento para grabar la entrevista:**

Por favor, abajo indique con sus iniciales una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ “Permito que el investigador grabe mi voz en colaboración con el estudio y sea escuchada solo por el investigador y su *advisor* de proyecto. Entiendo que el audio se borrará después de su transcripción.”

\_\_\_\_\_ “No permito que se grabe mi voz para propósitos de investigación.”

**Consentimiento para identificarse**

Por favor, abajo indique con sus iniciales una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ “Permito que se utilice mi nombre en colaboración de este estudio (en el informe y presentación final).”

\_\_\_\_\_ “No permito que se utilice mi nombre para propósitos de investigación.”

Leí el procedimiento descrito arriba. El investigador me explicó el estudio y contestó mis preguntas. Voluntariamente consiento participar en esta investigación. He recibido una copia de este formulario.

Firma de participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

**Verificación de explicación del investigador**

Certifico que he explicado en detalle el propósito de esta investigación a

\_\_\_\_\_ (nombre de participante) en lenguaje apropiado. El/la participante recibió la oportunidad discutir la información conmigo. He contestado todas sus preguntas y él/ella dio su consentimiento voluntario para participar en el estudio.

Firma de investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

## Anexo II. Guías de entrevista

### Guía de entrevista grupal – Usuarios de SUMAR Solidario

[El guion siguiente guía las entrevistas grupales con personas en situación de calle (PSC) que utilizan los recursos de SUMAR. Note que el investigador principal puede que no plantear todas las preguntas y posiblemente introducirá unas adicionales según las respuestas de los participantes.]

#### I. SITUACIONES DE VIDA PREVIA A LA SITUACIÓN DE CALLE:

Primero, me gustaría hacerles unas preguntas acerca de sus situaciones vida previa a la situación de calle. Recuerden, nos podemos saltar cualquier pregunta que no deseen contestar.

- i. ¿Hace cuánto tiempo que están en situación de calle?
- ii. ¿Dónde vivían antes? ¿Con quiénes vivían? ¿Tenían trabajo antes? ¿Qué hacían?
- iii. ¿Cuán frecuentemente utilizaban servicios médicos? [Si hay madres: ¿Llevaban a los niños para citas, vacunaciones? ¿Qué hacían cuando un niño estaba resfriado? ¿Realizaban controles prenatales?] ¿A cuáles tipos de servicios accedían con más frecuencia?
- iv. ¿Cómo pagaban por tales servicios? ¿Tenían seguro de una obra social? ¿Prepago?

#### II. RIESGOS A LA SALUD EN LA CALLE:

Ahora, yo quisiera discutir los riesgos de salud que tienen mientras vivir en calle.

- i. ¿Cómo impacta vivir sin techo sobre su salud? ¿Cuáles son algunos de los riesgos a la salud que enfrentan mientras viven en situación de calle?
- ii. ¿Podrían contarme algunas de sus principales preocupaciones de salud hoy?

#### III. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD:

A continuación, me gustaría aprender más del acceso a la atención médica para gente en calle.

- i. ¿Ahora cómo acceden Uds. a los servicios de salud? ¿Con qué frecuencia usan tales servicios? y ¿cuáles servicios utilizan?
- ii. ¿Podrían describirme cómo sacan un turno? ¿Cuánto tiempo hay que esperar hasta que se atienden? ¿Cómo se sienten mientras esperan dentro de la clínica u hospital? ¿Cómo se sientan mientras hablan con un médico?
- iii. ¿Qué servicios les ofrece SUMAR para ayudarles a acceder a la atención médica? ¿Qué piden ustedes a SUMAR? ¿Reciben apoyo de otras organizaciones?

#### IV. GESTIÓN PROPIA Y COLECTIVA DE LA SALUD:

Por último, quisiera explorar cómo cuidan su salud de manera diaria.

- i. ¿Qué hacen Uds. para cuidar la higiene, encontrar comida y conseguir medicamentos?
- ii. ¿Cómo les ayudan SUMAR y otras organizaciones a cuidarse?
- iii. ¿Trabajan con otras personas en situación de calle para cuidar su salud? [p.ej. llevar a otro a un centro de salud, recordarle tomar medicación, relacionarse/dormir en grupo.]

Antes de terminar, ¿quieren compartir algo más? ¿Tienen algunas preguntas o comentarios?

### Guía de entrevista – Prestadores de servicios de SUMAR SOLIDARIO

[El guion siguiente guía las entrevistas con integrantes de SUMAR. Note que el investigador principal puede que no plantear todas las preguntas y posiblemente introducirá unas adicionales según las respuestas del entrevistado.]

#### I. ROL DE ENTREVISTADO EN LA ORGANIZACIÓN:

Primero, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su rol como integrante de SUMAR Solidario. Recuerde, nos podemos saltar cualquier pregunta que no desee contestar.

- i. ¿Podría describirme su rol dentro de SUMAR?
- ii. ¿Cómo llegó a ser miembro de la organización? ¿Quiénes más forman parte del grupo?
- iii. ¿Tiene otra experiencia trabajando con gente en situación de calle?

#### II. BARRERAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA:

A continuación, quisiera subrayar las barreras que enfrentan las personas en situación de calle (PSC) en acceder a los servicios médicos.

- i. Considerando su experiencia en este campo, ¿existen problemas en la salud que podrían ocasionar la situación de calle?
- ii. ¿Afrontan las PSC algunos obstáculos en acceder a la atención primaria?
- iii. ¿Solucionan programas municipales, provinciales o federales las distintas necesidades sanitarias de esta población? [En caso negativo: “Por qué piensa que han fallado?”]

#### III. ROL DE ORGANIZACIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD:

Ahora, me gustaría discutir el rol de SUMAR en expandir acceso a atención sanitaria para las PSC en CABA.

- i. Con SUMAR, ¿realiza trabajo de facilitar acceso a la atención primaria para PSC?
- ii. ¿Colabora SUMAR con otras organizaciones no-gubernamentales para abordar barreras a la Atención Primaria de Salud?
- iii. En su opinión, ¿mejoran estas redes la eficacia de iniciativas sanitarias dirigidas a PSC? ¿Cómo comparan los resultados de SUMAR y otras redes no-estatales con iniciativas de los gobiernos municipales, provinciales y/o federales?
- iv. Aparte de usar servicios socio-asistenciales, ¿Adoptan las PSC estrategias específicas para abordar sus padecimientos y gestionar su bienestar? ¿De manera solitaria? ¿Con otros pares?

#### IV. LA SOCIEDAD CIVIL Y EL ESTADO:

Por último, yo quisiera explorar la colaboración entre organizaciones no-gubernamentales y el Estado para solucionar tales inequidades en salud.

- i. ¿Coopera SUMAR con los gobiernos municipal, provincial o federal para enfrentar problemáticas de acceso a la atención primaria para las PSC?
- ii. En su opinión, ¿cómo podrían programas del Estado coordinar con SUMAR o incorporar estrategias de Uds. en iniciativas futuras?

Antes de terminar, ¿quisiera Ud. compartir algo más? ¿Tiene algunas preguntas o comentarios?

### Guía de entrevista – Proveedor de servicios de la salud

[El guion siguiente guía las entrevistas con proveedores de atención primaria. Note que el investigador principal puede no plantear todas las preguntas y posiblemente introducirá unas adicionales según las respuestas del entrevistado.]

#### I. ROL DEL ENTREVISTADO EN HOSPITAL:

Primero, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su puesto como [título de entrevistado] en [Hospital]. Recuerde, nos podemos saltar cualquier pregunta que no desee contestar.

- i. ¿Podría describirme su rol dentro de [hospital], específicamente con respecto a la atención primaria para personas en situación de calle en CABA?
- ii. ¿Hace cuánto tiempo que trabaja en este puesto? ¿Tiene otra experiencia trabajando con gente en situación de calle?

#### II. BARRERAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA:

A continuación, quisiera subrayar las barreras que enfrentan las PSC en acceder a servicios médicos.

- i. Considerando su experiencia en este campo, ¿Existen problemas en la salud que podrían ocasionar la situación de calle?
- ii. A pesar de que todos los hospitales y centros de salud públicos en CABA deben de proveer asistencia a todos los que la busquen, independientemente del seguro que tienen, ¿Afrontan PSC algunos obstáculos en acceder atención primaria?
- iii. ¿Articula [el hospital] con programas municipales, provinciales o federales para solucionar las distintas necesidades sanitarias de esta población? [En caso negativo: “Por qué piensa que han fallado en solucionarlas?”]
- iv. ¿Emplea [el hospital] ciertas medidas para asegurar que personas en situación de calle que busquen atención primaria reciban lo que necesiten?
- v. Afuera del sistema de salud, ¿adoptan las PSC estrategias específicas para abordar sus padecimientos y gestionar su bienestar? ¿de manera solitaria? ¿con otros pares?

#### III. ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD:

Ahora, me gustaría discutir cómo las organizaciones de la Sociedad Civil trabajan en expandir acceso a la atención sanitaria para las PSC en CABA.

- i. ¿Colabora Ud. con alguna organización no-gubernamental para asegurar acceso a la Atención Primaria de Salud para las PSC? ¿Y [el Hospital]?
- ii. ¿Considera necesario que el sistema de salud público coordine con organizaciones no-estatales para abordar las necesidades de las PSC?
- iii. [En caso afirmativo para (ii): ¿Qué roles podrían jugar estas organizaciones en el campo de salud?]
- iv. [En caso afirmativo para (ii): ¿Mejorarían las redes entre la Sociedad Civil y el Estado la eficacia de iniciativas sanitarias dirigidas a las PSC? En el futuro, ¿cómo debe el Estado articular programas con organizaciones no-gubernamentales?]

Antes de terminar, ¿quisiera Ud. compartir algo más? ¿Tiene algunas preguntas o comentarios?

### **Guía de entrevista – Trabajador de asistencia social del Gobierno**

[El guion siguiente guía las entrevistas con trabajadores de la asistencia-social del gobierno municipal. Note que el investigador principal puede no plantear todas las preguntas y posiblemente introducirá unas adicionales según las respuestas del entrevistado.]

#### **I. ROL DEL ENTREVISTADO EN EL GOBIERNO:**

Primero, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su puesto como [título de entrevistado] en el gobierno de BAC. Recuerde, nos podemos saltar cualquier pregunta que no desee contestar.

- i. ¿Podría describirme su rol dentro del gobierno municipal, específicamente con respecto a la atención primaria para personas en situación de calle en CABA?
- ii. ¿Hace cuánto tiempo que trabaja en este puesto? ¿Tiene otra experiencia trabajando con gente en situación de calle?

#### **II. BARRERAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA:**

A continuación, quisiera subrayar las barreras que enfrentan PSC en acceder servicios médicos.

- i. Considerando su experiencia en este campo, ¿existen problemas en la salud que podrían ocasionar la situación de calle?
- ii. ¿Afrontan las PSC algunos obstáculos en acceder a la atención primaria?
- iii. ¿Existen programas municipales, provinciales y/o federales que faciliten el acceso a la atención primaria para las PSC?
- iv. [En caso afirmativo para (iii): ¿Solucionan tales programas las distintas necesidades sanitarias de esta población?]
- v. [En caso negativo para (iv): ¿Por qué piensa que han fallado?]

#### **III. ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD:**

Ahora, me gustaría discutir cómo las organizaciones de la Sociedad Civil trabajan en expandir acceso a atención sanitaria para PSC en CABA.

- i. ¿Colabora Ud. con alguna organización no-gubernamental para asegurar acceso a la Atención Primaria de Salud para PSC?
- ii. ¿Considera necesario que el sistema de salud público coordine con organizaciones no-estatales para abordar las necesidades de PSC?
- iii. [En caso afirmativo para (ii): ¿Qué roles podrían jugar estas organizaciones en el campo de salud?]
- iv. [En caso afirmativo para (ii): En el futuro, ¿cómo debe el Estado articular programas con organizaciones no-gubernamentales?]
- v. Afuera del sistema de salud, ¿adoptan las PSC estrategias específicas para abordar sus padecimientos y gestionar su bienestar? ¿De manera solitaria? ¿Con otros pares?

Antes de terminar, ¿quisiera Ud. compartir algo más? ¿Tiene algunas preguntas o comentarios?

### **Anexo III. Protocolo de Observación**

#### **REGISTRO DE OBSERVACIÓN**

**Fecha:**

**Hora inicio:**

**Hora final:**

**Sitio:**

**Situación de Escena:**

#### **Objetivo de observación:**

#### **Descripción de escena:**

*Participantes:*

*Interacciones entre proveedores y usuarios:*

*Colaboración entre profesionales (intra- y/o trans-sectorial):*

*Colaboración entre PSC (p.ej. formación de agrupamientos):*

*Información para las PSC acerca de cómo acceder a la atención médica:*

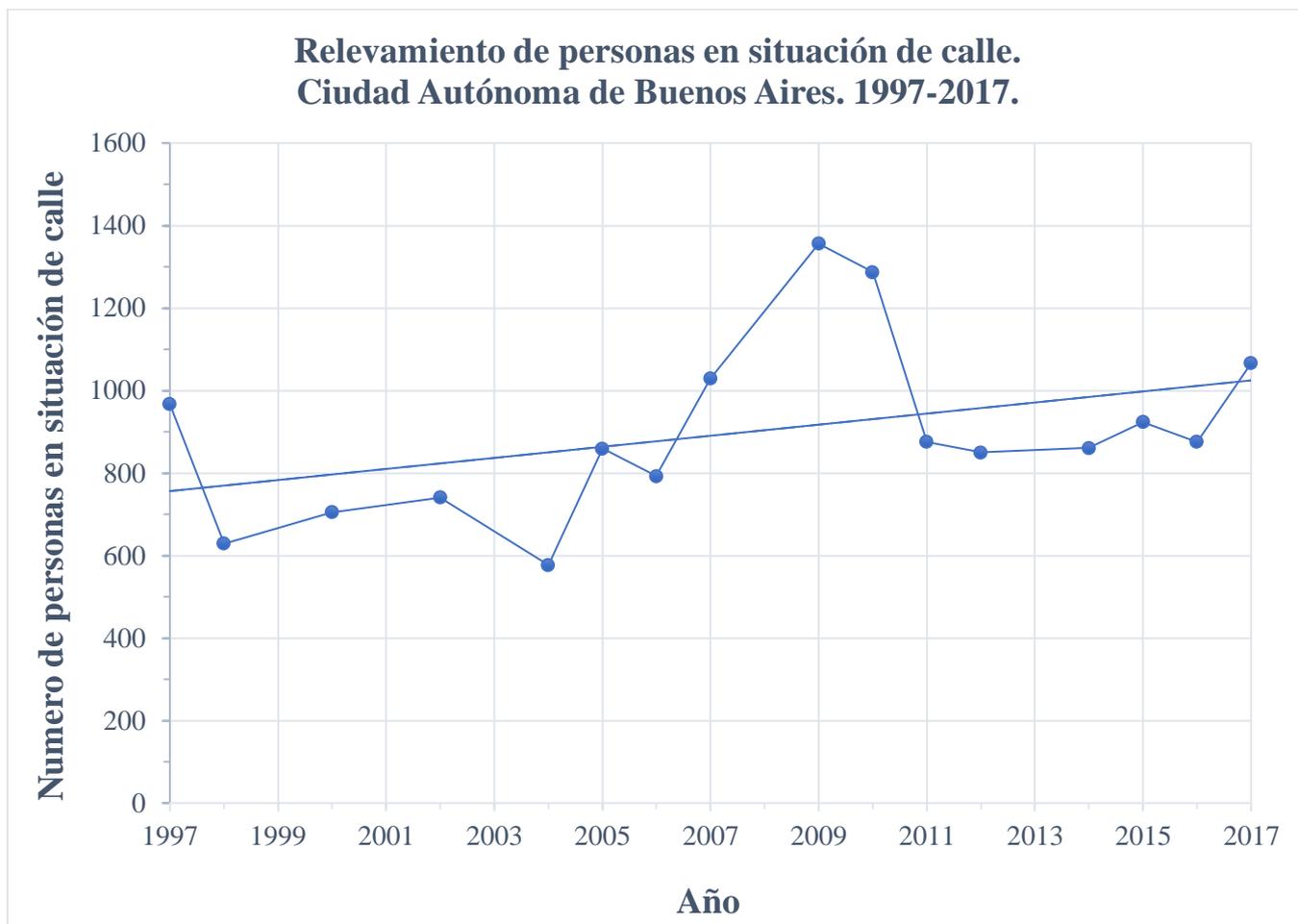
*Otras observaciones sobre la escena (del ambiente y etc.):*

#### **Interpretación temática:**

#### **Evaluación personal / pasos futuros:**

## Anexo IV. Figuras adicionales

Figura 1.



**Figura 1.** Relevamiento de personas en situación de calle realizado por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires utilizando conteos de “point-in-time.” Datos recogidos de Calcagno (1999) y el Observatorio del derecho a la ciudad (2017).